RAPPORT ANNUEL
2012-2013

Améliorer la qualité des services
Accroître la satisfaction des usagers
Assurer le respect des droits

Application de la procédure d'*examen des plaintes* et de l'amélioration de la *qualité des services*

Agence de la santé et des services sociaux
de la Capitale-Nationale

AGIR DANS L'INTÉRET DE LA PERSONNE

Québec

RAPPORT ANNUEL
2012-2013

APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES ET DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

Adopté à la séance ordinaire du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale le 12 septembre 2013

Édition produite par :

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Rédaction
Monsieur Denys Bernier
Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services

Secrétariat
Andrée Dionne
Adjointe administrative

Bureau du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services

Monsieur Louis Auger
Commissaire régional substitut aux plaintes et à la qualité des services

Andrée Dionne
Adjointe administrative

Ce document peut être reproduit sans restriction, en tout ou en partie, tant que la source est mentionnée.

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse Internet www.rrsss03.gouv.qc.ca, **section *Documentation*, rubrique *Publications*.**

Pour obtenir un exemplaire de ce document, s'adresser à :
Isabelle Lindsay
Centre de documentation
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9

Téléphone : 418 666-7000, poste 217 ou 521
Télécopieur : 418 666-2776
Courrier électronique : cdocagence03@ssss.gouv.qc.ca

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013
ISBN : 978-2-89616-206-2 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89616-207-9 (version électronique-Internet)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

MOT DU COMMISSAIRE RÉGIONAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

En 2012-2013, les usagers des services de santé, leurs représentants ou de tierces personnes se sont adressés aux commissaires locaux, aux médecins examinateurs des établissements et au commissaire régional de la région de la Capitale-Nationale à 3 185 reprises, dont 1 519 pour formuler une plainte, 393 pour signaler un problème ayant justifié une intervention et 1 273 pour déposer une demande d'assistance.

L'ampleur du nombre de demandes témoigne de la pertinence de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services. Ces demandes permettent de mettre en évidence les écarts entre la qualité attendue par les usagers et la qualité rendue par les organisations sur les plans relationnel, professionnel et organisationnel, et en ce qui a trait au respect des droits. Le regard singulier de l'utilisateur des services révèle souvent des aspects non couverts par les différentes démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité des services.

Ainsi, les usagers des services, leurs représentants ou de tierces personnes ont porté à notre attention 2 534 motifs d'insatisfactions parmi les plaintes conclues et les interventions réalisées en 2012-2013. Ces motifs se concentraient principalement sous 3 catégories : la prestation des soins et des services, les relations interpersonnelles ainsi que l'accessibilité et la continuité des services. Parmi les 2 534 motifs invoqués, 92 % ont été retenus pour examen (2 330). De ce nombre, 47 % (1 107) ont fait l'objet de 1 263 mesures correctives. C'est à travers cet aspect que se manifeste la contribution particulière de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services.

En effet, grâce à leurs recommandations, formulées en toute indépendance, et à leur capacité de mobiliser et d'influencer les diverses organisations concernées par les motifs d'insatisfactions, les commissaires et les médecins examinateurs ont su introduire des changements nécessaires. Les changements apportés sont bénéfiques non seulement à ceux qui ont porté plainte ou qui ont signalé des anomalies menant à des interventions, mais aussi aux futurs usagers des services.

La mise en œuvre des 1 263 mesures correctives a été facilitée par la collaboration active des membres des comités de vigilance et de la qualité des services[1], une instance de chaque conseil d'administration des établissements et de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale dont l'un des mandats est d'assurer le suivi des mesures correctives proposées. Soulignons également l'importante contribution des gestionnaires des organisations visées par les plaintes et les interventions. Ils ont généralement manifesté une ouverture pour

[1] *Le comité est composé de 3 personnes choisies parmi les membres du conseil d'administration, en plus du directeur général et du commissaire local pour un établissement ou du président-directeur général et du commissaire régional pour une agence de la santé et des services sociaux.*

discuter des motifs d'insatisfactions de leurs clients, et ils se sont engagés dans la détermination et la mise en œuvre de solutions durables aux problèmes relevés.

En 2012-2013, la Table de concertation des commissaires aux plaintes et à la qualité des services de la Capitale-Nationale, dont le mandat est de contribuer à l'amélioration de l'application du régime d'examen des plaintes, a poursuivi ses travaux en vue d'adopter un guide de pratique pour l'exercice de la fonction de commissaire aux plaintes et à la qualité des services. De plus, nous avons amélioré nos compétences rédactionnelles afin de s'assurer que notre correspondance soit compréhensible pour le plaignant, indépendamment de ses habilités de lecture.

Les commissaires locaux, les médecins examinateurs des établissements et moi-même sommes fiers d'avoir contribué à bonifier les services, à hausser le taux de satisfaction des usagers et à garantir le respect de leurs droits. Agir dans l'intérêt des usagers constitue la raison d'être de nos actions. Nous souhaitons que cette raison d'être soit partagée, au quotidien, par l'ensemble des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Denys Bernier

Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 7
DROITS DES USAGERS 8
PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES 9
CENTRE D'ASSISTANCE ET D'ACCOMPAGNEMENT AUX PLAINTES 10
FAITS SAILLANTS DES PLAINTES TRAITÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS 10
FAITS SAILLANTS DES PLAINTES TRAITÉES PAR LE COMMISSAIRE RÉGIONAL 12
PARTIE I – COMMISSAIRES LOCAUX AUX PLAINTES ET A LA QUALITE DES SERVICES ET MEDECINS EXAMINATEURS DES ETABLISSEMENTS 15
INTRODUCTION 17
1.1 PLAINTES 17
1.1.1 PLAINTES REÇUES 18
1.1.2 PLAINTES CONCLUES 19
1.1.3 MOTIFS DES PLAINTES CONCLUES 20
1.1.4 MESURES CORRECTIVES DES PLAINTES CONCLUES 22
1.1.5 DÉLAI DE TRAITEMENT DES PLAINTES CONCLUES 24
1.1.6 PLAINTES SOUMISES EN DEUXIÈME INSTANCE 25
1.2 INTERVENTIONS 27
1.2.1 INTERVENTIONS CONCLUES 28
1.2.2 MOTIFS DES INTERVENTIONS CONCLUES 29
1.2.3 MESURES CORRECTIVES PROPOSÉES 30
1.3 DEMANDES D'ASSISTANCE ET DE CONSULTATION 31
1.4 AUTRES ACTIVITÉS DES COMMISSAIRES LOCAUX 31
PARTIE II – COMMISSAIRE REGIONAL AUX PLAINTES ET A LA QUALITE DES SERVICES 33
INTRODUCTION 35
2.1 PLAINTES 35
2.1.1 PLAINTES REÇUES 36
2.1.2 PLAINTES CONCLUES 36
2.1.3 MOTIFS DES PLAINTES CONCLUES 37
2.1.4 MESURES CORRECTIVES PROPOSÉES 39
2.1.5 SUIVI DE L'APPLICATION DES MESURES CORRECTIVES 40
2.1.6 DÉLAI DE TRAITEMENT DES PLAINTES CONCLUES 41
2.1.7 RECOURS AU PROTECTEUR DU CITOYEN 42
2.2 SIGNALEMENTS ET INTERVENTIONS 42
2.2.1 INTERVENTIONS TRAITÉES 43
2.2.2 MOTIFS DES INTERVENTIONS CONCLUES 44
2.2.3 SUIVI DE L'APPLICATION DES MESURES CORRECTIVES 46
2.2.4 DÉLAI DE TRAITEMENT DES INTERVENTIONS 46
2.3 CONSTATS PAR ORGANISATION VISÉE : PLAINTES ET INTERVENTIONS 47
2.3.1 RÉSIDENCES PRIVÉES POUR PERSONNES ÂGÉES 47
2.3.2 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 48
2.3.3 RESSOURCES D'HÉBERGEMENT EN TOXICOMANIE OU EN JEU PATHOLOGIQUE 49
2.3.4 SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE 49

2.3.5 AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE 50
2.4 DEMANDES D'ASSISTANCES ET DE CONSULTATIONS 50
2.4.1 DEMANDES D'ASSISTANCE 51
2.4.2 DEMANDES DE CONSULTATION 52
2.5 AUTRES ACTIVITÉS DU COMMISSAIRE RÉGIONAL 52

ANNEXES

I - LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE 57
II - LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES 59
III - DESCRIPTION DES CATÉGORIES DE MOTIFS DE PLAINTES ET D'INTERVENTIONS 60
IV - MOTIFS DÉTAILLÉS DES PLAINTES ET DES INTERVENTIONS - COMMISSAIRE LOCAL – MÉDECIN EXAMINATEUR ET COMITÉ DE RÉVISION 61
V - MOTIFS DÉTAILLÉS DES PLAINTES ET DES INTERVENTIONS - COMMISSAIRE RÉGIONAL 71
VI - TABLEAUX SYNTHÈSES - RAPPORT ANNUEL **2012-2013** 77
VII - LISTE DES TABLEAUX 85

INTRODUCTION

La production du Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services fait partie des obligations légales de toute agence de la santé et des services sociaux. En effet, l'article 76.12 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2), ou LSSSS, prévoit ce qui suit :

> 76.12. Tout conseil d'administration d'une agence doit transmettre au ministre une fois par année un rapport faisant état de l'ensemble des rapports qu'il a reçus de chaque conseil d'administration d'un établissement.
>
> Ce rapport décrit les types de plaintes reçues, y compris les plaintes concernant les médecins, les dentistes ou les pharmaciens, et indique notamment pour chaque type de plainte :
>
> 1 °Le nombre de plaintes reçues, rejetées sur examen sommaire, examinées, refusées ou abandonnées depuis le dernier rapport;
>
> 2 °Les suites qui ont été données après leur examen;
>
> 3 °Le nom de chaque établissement concerné;
>
> 4 °Les délais d'examen des plaintes.
>
> Ce rapport doit également comprendre le bilan des activités du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services visé au paragraphe 9 du deuxième alinéa de l'article 66, décrire les motifs de plaintes que l'agence a elle-même reçues et indiquer notamment pour chaque type de plaintes :
>
> 1 °Le nombre de plaintes reçues, rejetées sur examen sommaire, examinées, refusées ou abandonnées depuis le dernier rapport;
>
> 2 °Les délais d'examen des plaintes;
>
> 3 °Les suites qui ont été données après leur examen;
>
> 4 °Le nombre de plaintes et les motifs des plaintes qui ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur des usagers.
>
> Il doit de plus faire état des principales mesures recommandées par les commissaires locaux et par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services ainsi que des principales mesures prises par les établissements et par l'agence en vue d'améliorer la satisfaction de la clientèle de même que le respect de ses droits. Le conseil d'administration y formule, au besoin, des objectifs de résultats sur toute question relative au respect des droits des personnes qui s'adressent au commissaire régional.

Après un rappel des droits des usagers et de la procédure d'examen des plaintes, la première partie de ce rapport présente une compilation de tous les rapports annuels sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, pour l'exercice 2012–2013, dans les établissements publics de la région de la Capitale-Nationale ainsi que dans les établissements privés conventionnés et non conventionnés reconnus comme centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) en vertu d'un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux.

La deuxième partie fait état de l'examen des plaintes déposées et examinées à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale entre le 1er avril 2012 et le 31 mars 2013. On y trouve également un bilan des activités du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services durant cette même année.

DROITS DES USAGERS

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) reconnaît plusieurs droits à tout usager du réseau de la santé et des services sociaux, notamment :

- le droit à l'information sur les services qui existent, sur l'endroit où ils peuvent être obtenus et sur la façon d'y avoir accès;
- le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, sur les solutions possibles, de même que sur les risques et les conséquences généralement associées à ces solutions;
- le droit à des services adéquats sur les plans humain, scientifique et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire, et le droit de choisir le professionnel ou l'établissement qui offrira ces services, en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement des établissements ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont ils disposent;
- le droit de donner ou de refuser un consentement à des soins;
- le droit de recevoir des soins en cas d'urgence;
- le droit de participer aux décisions qui concernent son état de santé et de bien-être;
- le droit à des services offerts en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise, dans la mesure où le prévoit le programme d'accès à ces services dans la région;
- le droit d'être accompagné et assisté lorsqu'il désire obtenir un service ou de l'information ou au cours d'une démarche de plainte;
- le droit d'exercer un recours lorsqu'une faute a été commise;
- le droit d'accès à son dossier;
- le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours de la prestation des services qu'il a reçus ou de tout accident susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences sur son état de santé ou sur son bien-être, ainsi que des mesures pour contrer, le cas échéant, de telles conséquences ou pour prévenir la récurrence d'un tel accident.

Le régime d'examen des plaintes est un moyen auquel les citoyens peuvent recourir afin de faire valoir et reconnaître leurs droits et de participer, ainsi, à l'amélioration de la qualité des services offerts à la population.

PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES

La LSSSS (L.R.Q., chapitre S-4.2) permet aux usagers ou à leurs représentants de porter plainte auprès du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services d'un établissement s'ils sont insatisfaits des services reçus ou des services qu'ils auraient dû recevoir, reçoivent ou requièrent de l'établissement. Ce recours concerne également les ressources intermédiaires ou de type familial ou tout autre organisme, société ou personne auxquels l'établissement recourt pour la prestation de ces services.

De plus, la loi prévoit l'examen, par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services de l'agence de santé et de services sociaux de la région concernée, des plaintes relatives :

- aux services des organismes communautaires correspondant aux critères de l'article 334 de la LSSSS (L.R.Q., chapitre S-4.2);
- aux services des résidences privées pour personnes âgées;
- aux services des ressources d'hébergement en toxicomanie et jeu pathologique;
- aux services préhospitaliers d'urgence;
- à toute activité ou fonction de l'agence qui touche personnellement le plaignant;
- aux services d'un organisme, d'une société ou d'une personne dont les services ou les activités sont liés au domaine de la santé et des services sociaux, et avec lesquels une entente de services pour leur prestation a été conclue par l'agence.

Le délai prévu par la LSSSS pour transmettre les conclusions d'une plainte a été fixé à 45 jours. Toutefois, certaines circonstances peuvent entraîner des délais supplémentaires pour conclure l'examen du dossier. Le plaignant peut alors accepter ou refuser de prolonger le délai. Mais dans tous les cas, le retard ouvre la voie à un recours auprès du Protecteur du citoyen. Ainsi, le cheminement prévu par le régime d'examen des plaintes se résume comme suit :

LES DEUX PALIERS DU RÉGIME D'EXAMEN

Établissements*		Agence**
Procédure générale	Actes médicaux	Organismes communautaires Ressources en toxicomanie ou jeu pathologique Résidences privées pour personnes âgées Services préhospitaliers d'urgence Activités et fonctions de l'agence
1er recours Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services	1er recours Médecin examinateur	1er recours Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services
2e recours Protecteur du citoyen	2e recours Comité de révision	2e recours Protecteur du citoyen

* Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2), articles 29 à 59
** Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2), articles 60 à 72

Tout au long du processus d'examen d'une plainte, les personnes plaignantes sont assurées d'être informées des étapes essentielles et des délais de traitement de leur plainte. De plus, les plaignants reçoivent, au terme du processus, les conclusions motivées sur les différents éléments de leur plainte.

CENTRE D'ASSISTANCE ET D'ACCOMPAGNEMENT AUX PLAINTES

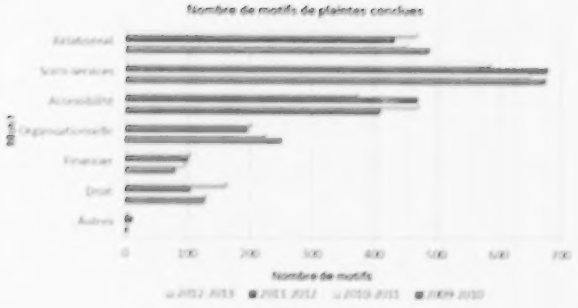
Toute personne qui désire formuler une plainte auprès d'un établissement de la région, de l'Agence ou du Protecteur du citoyen peut être assistée et accompagnée gratuitement, sur demande, par le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) de la Capitale-Nationale.

Le CAAP est l'organisme communautaire mandaté par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour aider le citoyen dans ses démarches. Le CAAP peut être joint au 418 681-0088 ou au 1 877 767-2227.

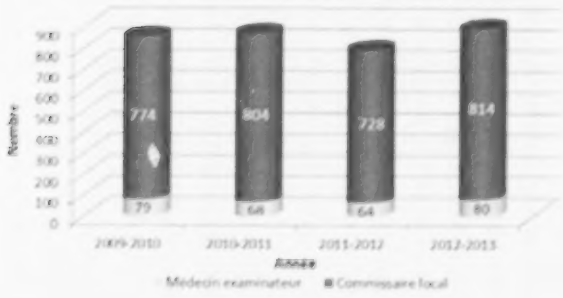
FAITS SAILLANTS DES PLAINTES TRAITÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS

- 1 459 plaintes reçues en 2012-2013
- 87 % traitées par les commissaires
- Tendance à la baisse des plaintes particulièrement depuis 2011-2012

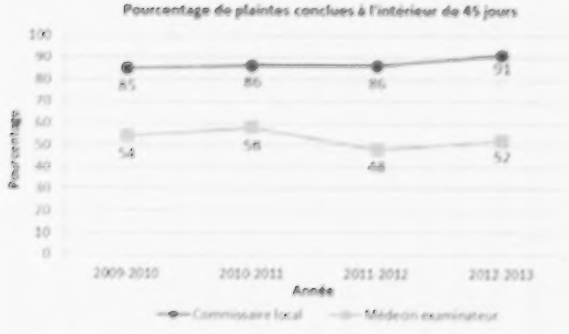
- 56 % des plaintes en 2012-2013 visaient la mission CHSGS, suivi de la mission CLSC (19 %)
- Tendance à la hausse des plaintes pour la mission CLSC depuis 2011-2012 et tendance à la baisse pour la mission CHSGS



- 1 902 motifs de plainte en 2012-2013
- 31 % des motifs en 2012-2013 visaient le volet soins-services, suivi des volets relationnel (24 %) et accessibilité (20 %)

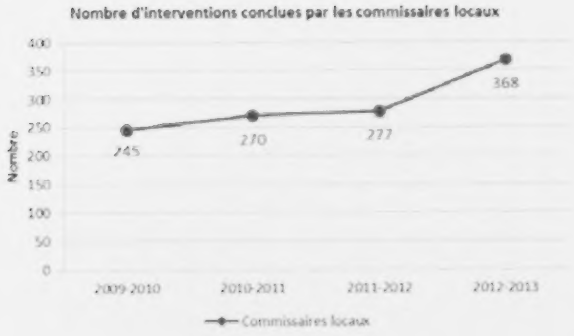


- 894 mesures correctives en 2012-2013, dont 91 % formulées par les commissaires locaux
- Légère tendance à la hausse des mesures correctives

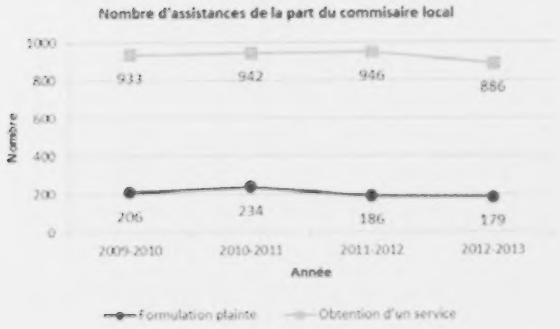


- Amélioration du délai de traitement des plaintes chez les commissaires locaux
- Tendance à la baisse du pourcentage de plaintes conclues à l'intérieur du délai légal de 45 jours chez les médecins examinateurs

- Tendance à la hausse des plaintes transférées par l'usager au Protecteur du citoyen après examen des commissaires locaux
- Tendance à la baisse des plaintes transférées par l'usager au Comité de révision après examen des médecins examinateurs



- Tendance importante à la hausse, depuis 2009-2010 (50 %), des interventions réalisées par les commissaires locaux à la suite d'un signalement

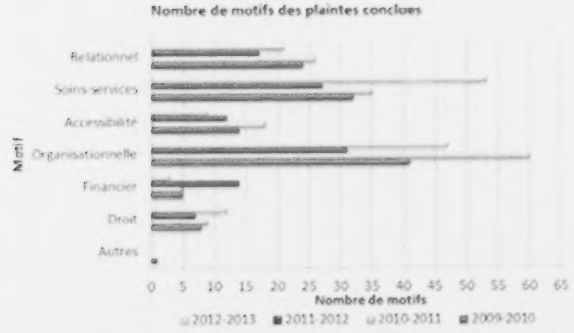


- 1 065 demandes d'assistance répondues par les commissaires locaux en 2012-2013, dont 83 % consistaient à fournir de l'aide pour obtenir des soins ou des services
- Faible tendance à la baisse des demandes d'assistance

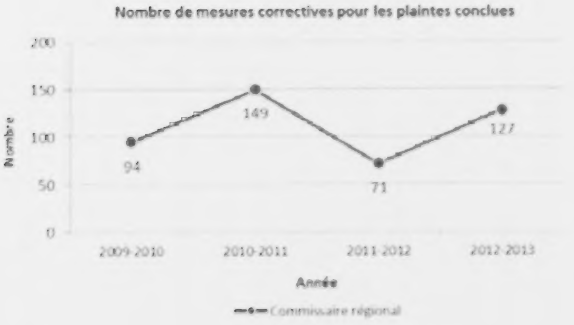
FAITS SAILLANTS DES PLAINTES TRAITÉES PAR LE COMMISSAIRE RÉGIONAL

- 60 plaintes reçues en 2012-2013
- Relative stabilité des plaintes reçues depuis 2010-2011

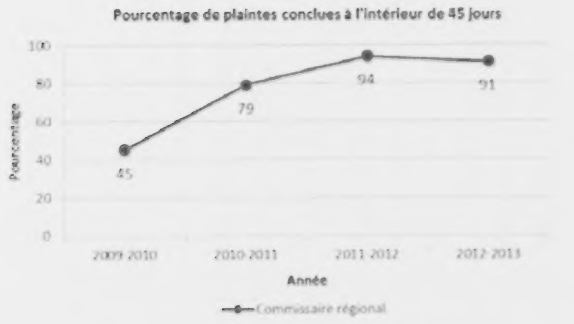
- 53 % des plaintes en 2012-2013 visaient les résidences pour aînés, suivi du secteur préhospitalier d'urgence (22 %)
- Ces deux derniers secteurs enregistrent une tendance à la hausse des plaintes reçues, alors qu'il y a une baisse observée depuis 2011-2012 visant l'Agence



- 145 motifs de plaintes en 2012-2013
- 37 % des motifs en 2012-2013 visaient le volet soins-services, suivi du volet organisationnel (33 %) et relationnel (14 %)
- Tendance à la hausse des motifs en lien avec les soins et les services



- 127 mesures correctives proposées en 2012-2013 afin d'améliorer la qualité des services dans les différents secteurs d'activités
- 91 % des mesures proposées étaient implantées au 31 mars 2013 et 7 % étaient en cours de l'être



- Tendance à l'amélioration du délai de traitement des plaintes conclues à l'intérieur du délai légal de 45 jours

- Relative stabilité des plaintes transférées par l'usager au Protecteur du citoyen après examen du commissaire régional

- Les 28 interventions conclues en 2012-2013 cumulaient 52 motifs d'insatisfaction pour lesquels 29 mesures correctives ont été appliquées, principalement (45 %) dans les résidences pour aînés

- 208 demandes d'assistance répondues en 2012-2013, dont 61 % consistaient à fournir de l'aide à la formulation d'une plainte
- Tendance à la hausse pour l'aide à la formulation d'une plainte et tendance à la baisse pour l'aide à l'obtention d'un service

PARTIE I

COMMISSAIRES LOCAUX AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES ET MÉDECINS EXAMINATEURS DES ÉTABLISSEMENTS

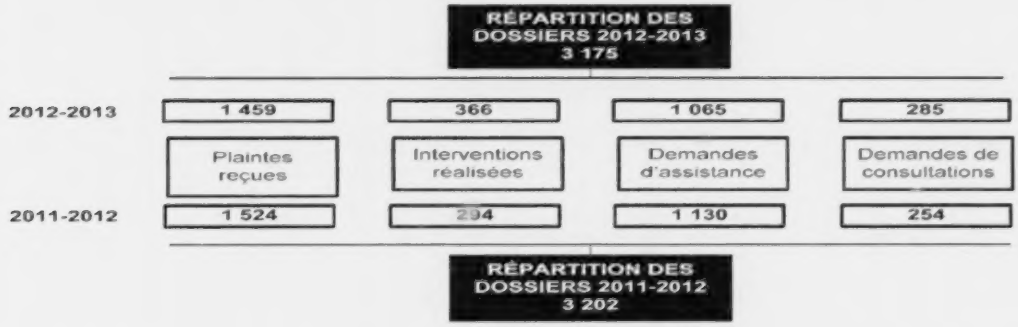
INTRODUCTION

Selon l'article 76.12 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le Rapport annuel 2012-2013 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services produit par chacune des agences doit faire état de l'ensemble des rapports soumis par les établissements de la région (annexe I).

En 2012-2013, les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services et les médecins examinateurs des établissements de la région de la Capitale-Nationale ont reçu 1 459 nouvelles plaintes formulées par les usagers ou leurs représentants. Les commissaires locaux ont ouvert 366 dossiers d'intervention à la suite du signalement d'un usager, d'un citoyen, d'un intervenant ou encore de leur propre initiative. Ils ont répondu à 1 065 demandes d'assistance d'usagers ou de citoyens. Ils ont également donné leur avis au sujet de 285 demandes de consultation sur le régime d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services.

Seulement trois centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) n'ont déclaré aucune plainte ni aucune intervention et n'ont réalisé aucune assistance en 2012-2013 (annexe I).

Ainsi, en 2012-2013, les commissaires locaux et les médecins examinateurs des établissements de la région ont ouvert 3 175 nouveaux dossiers dans le Système d'information sur la gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS), comparativement à 3 202 en 2011-2012 et à 3 380 en 2010-2011.



1. 1 PLAINTES

En 2012-2013, 1 571 plaintes d'usagers ou de leurs représentants ont été traitées par les commissaires locaux (86 %) et les médecins examinateurs (14 %). De ce nombre, 1 459 plaintes avaient été déposées durant l'année 2012-2013 et 112 étaient en cours de traitement au 1er avril 2012. Des 1 571 plaintes traitées en 2012-2013, 1 455 ont été conclues et 116 étaient en cours de traitement au 31 mars 2013 (tableau 1). Sur l'ensemble des plaintes traitées, 55 ont été transférées en deuxième instance.

Les 1 459 plaintes reçues en 2012-2013 constituent une diminution par rapport aux données des 5 dernières années, soit une diminution de 4 % par rapport à l'année précédente (1 524) et de 12 % comparativement à 2010-2011 (1 655). La diminution observée en 2012-2013 est

attribuable à une baisse des plaintes reçues (- 74) par les commissaires locaux, alors qu'on enregistrait une légère hausse des plaintes (9) reçues par les médecins examinateurs.

En 2012-2013, 93 % du nombre total (1 571) de plaintes à traiter a été conclu (1 455) en cours d'année, comme pour l'année précédente.

TABLEAU 1
Nombre de plaintes traitées, selon le statut, le responsable et l'année

ANNÉE	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE	REÇUES DURANT L'EXERCICE	TOTAL À TRAITER	CONCLUES DURANT L'EXERCICE	EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE	TRANSMISES EN DEUXIÈME INSTANCE
COMMISSAIRES LOCAUX						
2012-2013	77	1 270	1 347	1 259	88	35
2011-2012	98	1 344	1 442	1360	82	57
2010-2011	81	1 443	1 524	1 426	98	32
MÉDECINS EXAMINATEURS						
2012-2013	35	189	224	196	28	20
2011-2012	38	180	218	183	35	23
2010-2011	20	212	232	198	34	8
TOTAL						
2012-2013	**112**	**1 459**	**1 571**	**1 455**	**116**	**55**
2011-2012	**136**	**1 524**	**1 660**	**1 543**	**117**	**80**
2010-2011	**101**	**1 655**	**1 756**	**1 624**	**132**	**40**

1.1.1 PLAINTES REÇUES

Les 1 459 plaintes reçues en 2012-2013 concernaient principalement les CHSGS (56 %), les CLSC (19 %), le CHSP-IUSMQ (9 %) et les CHSLD (6 %). Un tel portrait de la situation est semblable à celui des quatre dernières années. Chez les médecins examinateurs, les plaintes reçues portaient principalement sur les CHSGS (82 %), reflétant ainsi la concentration des soins médicaux requis par les usagers (tableau 2).

TABLEAU 2
Nombre* et pourcentage de plaintes reçues en 2012-2013, selon le responsable et la mission des établissements

MISSION DES ÉTABLISSEMENTS	COMMISSAIRES LOCAUX		MÉDECINS EXAMINATEURS		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
CLSC	268	21 %	9	5 %	**277**	**19 %**
CHSGS	665	52 %	156	82 %	**821**	**56 %**
CHSP	120	9 %	18	10 %	**138**	**9,4 %**
CHSLD	83	7 %	4	2 %	**87**	**6 %**
CPEJ	52	4 %	0	0 %	**52**	**4 %**
CRDI-TED	25	2 %	0	0 %	**25**	**2 %**
CRPAT	7	1 %	2	1 %	**9**	**0,6%**
CRDP	49	4 %	0	0 %	**49**	**3 %**
TOTAL	***1 269**	**100 %**	**189**	**100 %**	***1 458**	**100 %**

* Le SIGPAQS inscrit une plainte de moins pour les commissaires locaux quand les données sont ventilées par mission.

1.1.2 PLAINTES CONCLUES

Les 1 455 plaintes conclues avaient été déposées par 1 477 auteurs. Une plainte peut être formulée par plus d'une personne. Dans 68 % des cas, les auteurs étaient les usagers eux-mêmes; dans 25 % des cas, les auteurs étaient des représentants des usagers et dans 7 % des cas, les auteurs étaient des tiers (tableau 3). Un tel portrait de la situation est relativement semblable à celui observé dans les années précédentes.

TABLEAU 3
Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon le responsable et l'auteur

ANNÉE	USAGERS		REPRÉSENTANTS		TIERS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
2012-2013	997	68 %	372	25 %	108	7 %	**1 477**	**100 %**
2011-2012	1 011	65 %	378	24 %	174	11 %	**1 563**	**100 %**
2010-2011	1 083	66 %	362	22 %	190	12 %	**1 635**	**100 %**

Comme l'illustre le tableau 4, l'ensemble des missions a totalisé une baisse de 87 plaintes conclues en 2012-2013, comparativement à 2011-2012. Cette baisse est attribuable principalement à la mission des CHSGS, qui enregistre une baisse de 6 % (- 56) par rapport à l'année précédente, suivie de la mission des CLSC (- 47) et de celle des CHSLD (- 13). De telles réductions ont été toutefois compensées par une hausse du nombre de plaintes pour la mission du Centre de réadaptation (+ 21) et, dans une moindre importance (+ 17), pour la mission du Centre jeunesse.

TABLEAU 4
Nombre de l'ensemble des plaintes conclues, selon l'année et la mission des établissements

ANNÉE	CHSGS	CHSP	CLSC	CHSLD	CJ	CR	TOTAL
2012-2013	820	141	280	80	52	81	***1 454**
2011-2012	876	150	327	93	35	60	***1 541**
2010-2011	1 042	132	205	113	53	79	**1 624**
2009-2010	1 014	173	196	99	63	65	**1 610**
2008-2009	1 041	111	252	104	70	70	**1 648**

*Le SIGPAQS inscrit une plainte de moins en 2012-2013 et deux de moins en 2011-2012 pour les commissaires locaux quand les données sont ventilées par mission.

Les 1 455 plaintes conclues en 2012-2013 concernaient principalement, à l'instar des plaintes reçues, les missions des CHSGS (56 %), des CLSC (19 %), du CHSP-IUSMQ (10 %) et des CHSLD (5 %) (tableau 5). Cette situation est semblable à celle des années précédentes sous l'angle du rang occupé par les missions. Chez les commissaires locaux, les plaintes conclues touchaient l'ensemble des missions, alors que chez les médecins examinateurs, les plaintes concernaient principalement (84 %) la mission des CHSGS.

TABLEAU 5
Nombre* et pourcentage de plaintes conclues* en 2012-2013, selon le responsable et la mission des établissements

MISSION DES ÉTABLISSEMENTS	COMMISSAIRES LOCAUX		MÉDECINS EXAMINATEURS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
CLSC	271	21,6%	9	4 %	**280**	**19 %**
CHSGS	656	52%	164	84 %	**820**	**56 %**
CHSP	124	10%	17	9 %	**141**	**10 %**
CHSLD	76	6%	4	2 %	**80**	**5 %**
CPEJ	52	4%	0	0 %	**52**	**4 %**
CRDI-TED	25	2 %	0	0 %	**25**	**2 %**
CRPAT	5	0,4 %	2	1 %	**7**	**1 %**
CRDP	49	4 %	0	0 %	**49**	**3 %**
TOTAL	1 258	100 %	196	100 %	1 454	100 %

*Le SIGPAQS inscrit une plainte de moins pour les commissaires locaux quand les données sont ventilées par mission.

1.1.3 MOTIFS DES PLAINTES CONCLUES

Les 1 902 motifs de plainte conclues par les commissaires locaux et les médecins examinateurs en 2012-2013 présentent une légère diminution de 4,4 % (87) par rapport aux données de l'année antérieure (tableau 6). L'année 2012-2013 se classe au dernier rang en importance pour le nombre de motifs traités depuis 2008-2009.

Les 1 455 plaintes conclues en 2012-2013 par les établissements cumulaient 1 902 motifs de plainte, soit une moyenne de 1,3 motif par plainte, comparativement à 1,2 pour les trois années précédentes. Chez les commissaires locaux, la moyenne de motifs par plainte (1,3) a été plus élevée que celle observée (1,2) chez les médecins examinateurs.

TABLEAU 6
Nombre et pourcentage de motifs pour l'ensemble des plaintes conclues, selon les catégories des motifs et l'année

CATÉGORIES DES MOTIFS	NOMBRE ET POURCENTAGE DE MOTIFS					
	2012-2013		2011-2012		2010-2011	
Relations interpersonnelles	466	24 %	430	22 %	450	22,2 %
Soins et services offerts	585	31 %	677	34 %	648	32 %
Accessibilité et continuité	373	20 %	468	23,5 %	470	23,2 %
Organisation milieu/matériel	204	11 %	196	10 %	225	11 %
Aspects financiers	104	5 %	101	5 %	95	5 %
Droits particuliers	163	8,6 %	105	5 %	130	6,4 %
Autres	7	0,4 %	12	0,5 %	5	0,2 %
TOTAL	1 902	100 %	1 989	100 %	2 023	100 %

Les 1 902 motifs de plainte se concentraient, dans une proportion de 86 %, dans quatre catégories : les soins et les services offerts (31 %), les relations interpersonnelles (24 %), l'accessibilité et la continuité des services (20 %) et l'organisation du milieu et du matériel (11 %). Une telle situation est relativement semblable à celle des deux années

précédentes (89 % et 88 %), alors que les motifs de plainte se regroupaient dans ces mêmes catégories (tableau 6).

Les données du tableau 7 font ressortir une concentration plus ou moins forte des motifs de plainte, selon que les plaintes ont été soumises aux commissaires locaux ou aux médecins examinateurs. En effet, les motifs des plaintes traitées par les médecins examinateurs sont concentrés, dans une proportion de 80 %, dans 2 catégories : soins et services offerts (49 %) et relations interpersonnelles (31 %). Chez les commissaires locaux, 73 % des motifs de plainte se retrouvaient dans 3 catégories : soins et services offerts (28 %), relations interpersonnelles (23 %) et accessibilité et continuité des services (22 %). Cette répartition est semblable à celle observée au cours des 3 années précédentes.

TABLEAU 7
Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues en 2012-2013, selon le responsable et les catégories de motifs

CATÉGORIES DE MOTIFS	COMMISSAIRES LOCAUX		MÉDECINS EXAMINATEURS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Relations interpersonnelles	390	23,6 %	76	31 %	466	24 %
Soins et services offerts	464	28 %	121	49 %	585	31 %
Accessibilité et continuité	357	22 %	16	6,4 %	373	20 %
Organisation milieu/matériel	199	12 %	5	2 %	204	11 %
Aspects financiers	102	6 %	2	1 %	104	5 %
Droits particuliers	136	8 %	27	11 %	163	8,6%
Autres	7	0,4 %	0	0 %	7	0,4 %
TOTAL	**1 655**	**100 %**	**247**	**100 %**	**1 902**	**100 %**

Comme l'illustre le tableau 8, seulement 9 % (172) des motifs de plainte n'ont pas été complètement traités par les commissaires locaux et les médecins examinateurs. Ce pourcentage représente une diminution par rapport aux données des trois années précédentes (13 %, 14 % et11 %).

Parmi l'ensemble des motifs de plainte, 6 % (106) ont été abandonnés par l'usager; 2 % (47) ont été rejetés sur examen sommaire et 1 % (19) des plaintes ont été refusées (tableau 8).

TABLEAU 8
Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues en 2012-2013, selon le responsable et les catégories de traitement

CATÉGORIES DE TRAITEMENT	MOTIFS TRAITÉS PAR LES COMMISSAIRES LOCAUX		MOTIFS TRAITÉS PAR LES MÉDECINS EXAMINATEURS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
TRAITEMENT NON COMPLÉTÉ						
Rejeté sur examen sommaire	43	3 %	4	1 %	**47**	**2 %**
Refusé	16	1 %	3	1 %	**19**	**1 %**
Abandonné par l'usager	89	5 %	17	7 %	**106**	**6 %**
SOUS-TOTAL	**148**	**9 %**	**24**	**10 %**	**172**	**9 %**
TRAITEMENT COMPLÉTÉ						
Sans mesures correctives	770	46 %	148	60 %	**918**	**48 %**
Avec mesures correctives	737	45 %	75	30 %	**812**	**43 %**
SOUS-TOTAL	**1 507**	**91 %**	**223**	**90 %**	**1 730**	**91 %**
TOTAL	**1 655**	**100 %**	**247**	**100 %**	**1 902**	**100 %**

Sur l'ensemble des motifs de plainte, 48 % (918) n'ont fait l'objet d'aucune mesure corrective, alors que 43 % ont donné lieu à des mesures permettant de corriger le problème cerné. Une telle répartition était également observée lors des trois dernières années. Les médecins examinateurs ont enregistré une proportion (60 %) plus élevée de motifs de plainte dont le traitement n'a donné lieu à aucune mesure corrective, comparativement aux commissaires locaux (46 %). Dans certains cas, l'absence de mesures correctives s'explique par le fait que le problème à l'origine de la plainte a été résolu en cours de traitement ou que le motif de la plainte n'était pas valable.

1.1.4 MESURES CORRECTIVES DES PLAINTES CONCLUES

Les commissaires locaux et les médecins examinateurs ont proposé 894 mesures correctives ou recommandations aux organisations concernées pour répondre aux 812 motifs de plainte ayant justifié de telles mesures. Ces propositions représentent un rapport de 1,1 mesure par motif de plainte. Ce dernier rapport est relativement semblable à celui des années précédentes.

1.1.4.1 COMMISSAIRES LOCAUX

Afin d'améliorer la qualité des services, les commissaires locaux ont proposé 814 mesures correctives (tableau 9) pour répondre aux 737 motifs d'insatisfaction dont le traitement a mené à des mesures.

TABLEAU 9
Nombre et pourcentage de mesures correctives pour les plaintes conclues en 2012-2013, selon le responsable et les catégories de mesures

CATÉGORIES DE MESURES CORRECTIVES	MESURES DES COMMISSAIRES LOCAUX		MESURES DES MÉDECINS EXAMINATEURS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
PORTÉE INDIVIDUELLE						
Adaptation des soins et des services	176	22 %	18	23 %	**194**	**22%**
Adaptation du milieu/environnement	18	2 %	0	0 %	**18**	**2 %**
Ajustements financiers	33	4 %	0	0 %	**33**	**4 %**
Conciliation/intercession/médiation	21	3 %	8	10 %	**29**	**3 %**
Information/sensibilisation intervenant	117	14,4 %	19	24 %	**136**	**15 %**
Obtention de services	37	4 %	0	0 %	**37**	**4 %**
Respect des droits	3	0,4 %	2	2 %	**5**	**0,5 %**
Respect du choix	2	0,2 %	0	0 %	**2**	**0,2 %**
Autres	3	0,4 %	0	0 %	**3**	**0,3 %**
SOUS-TOTAL	410	50,4 %	47	59 %	457	51 %
PORTÉE GLOBALE						
Adaptation des soins et des services	237	29,1 %	24	30 %	**261**	**29.1 %**
Adaptation du milieu/environnement	69	8,5 %	0	0 %	**69**	**8 %**
Adoption/révision règles et procédures	47	6 %	6	8 %	**53**	**6 %**
Ajustements financiers	2	0,2 %	0	0 %	**2**	**0,2 %**
Communication/promotion	22	2,7 %	1	1 %	**23**	**2,6 %**
Formation\supervision	23	2,8 %	0	0 %	**23**	**2,6 %**
Promotion régime d'examen des plaintes	1	0,1 %	0	0 %	**1**	**0,1 %**
Respect des droits	1	0,1 %	1	1 %	**2**	**0,2 %**
Autres	2	0,2 %	1	1 %	**3**	**0,3 %**
SOUS-TOTAL	404	49,6 %	33	41 %	437	49 %
TOTAL	**814**	**100 %**	**80**	**100 %**	**894**	**100 %**

La majorité (50 %) des mesures correctives avait une portée individuelle. En effet, les mesures correctives visaient à résoudre un problème propre au plaignant, alors que 49 % visaient l'amélioration du service à la clientèle dans son ensemble. Cette répartition se distingue des années antérieures. Depuis les trois dernières années, la proportion des mesures à portée globale était toujours supérieure à la proportion des mesures à portée individuelle.

Les mesures correctives à portée individuelle se concentraient dans 2 catégories : l'adaptation des soins et des services aux besoins particuliers des personnes (22 %) et la sensibilisation ou la formation des intervenants (14 %). Quant aux mesures correctives à portée globale, elles concernaient principalement l'adaptation des soins et des services pour une catégorie d'usagers (29 %) et, dans une moindre proportion, l'adaptation du milieu (8 %) et l'adaptation des règles et des procédures (6 %).

Par ailleurs, les commissaires locaux ont soumis neuf dossiers de plaintes aux directions concernées des établissements afin que les motifs soient examinés et, le cas échéant, que les mesures disciplinaires appropriées soient appliquées chez l'employé concerné par la plainte. Au total, onze motifs ont fait l'objet d'une telle référence lors des deux années précédentes.

1.1.4.2 MÉDECINS EXAMINATEURS

Les médecins examinateurs ont proposé 80 mesures (tableau 9) pour répondre aux 75 motifs d'insatisfaction dont le traitement a été complété en menant à une mesure corrective. À l'instar des commissaires locaux, la majorité (59 %) des mesures correctives des médecins examinateurs était de portée individuelle. Cette tendance s'observe au fil des ans.

Les mesures à portée individuelle proposées pour corriger les problèmes soulevés se concentraient dans 2 catégories : la sensibilisation ou la formation des intervenants (24 %) et l'adaptation des soins et des services offerts aux besoins particuliers des personnes (23 %).

Quant aux mesures correctives à portée globale, elles concernaient principalement (30 %) l'adaptation des soins et des services offerts pour une catégorie d'usagers, suivie des mesures en lien avec l'adaptation des règles et des procédures, tant administratives que cliniques (8 %).

Par ailleurs, les médecins examinateurs ont soumis quatre dossiers de plaintes au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) des établissements afin que les motifs soient examinés et, le cas échéant, que les mesures disciplinaires appropriées soient appliquées. En 2011-2012, quatre dossiers ont été acheminés au CMDP; en 2010-2011, cinq l'ont été.

1.1.5 DÉLAI DE TRAITEMENT DES PLAINTES CONCLUES

Le délai prévu par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour transmettre les conclusions du traitement d'une plainte a été fixé à 45 jours.

En 2012-2013, 86 % (1 253) des plaintes conclues (1 455) par les établissements l'ont été dans les 45 jours prévus au régime d'examen des plaintes, ce qui représente une augmentation par rapport au délai observé en 2011-2012 (82 %). Une telle amélioration s'observe depuis 2008-2009 (77 %, 81 % et 83 %).

Dans une proportion de 91,3 % (1 150), les commissaires locaux ont conclu les plaintes à l'intérieur de 45 jours; 8,4 % de ces plaintes (105) ont été conclues entre le 46e et le 180e jour, et 0,3 % (4) après 181 jours (tableau 10).

De leur côté, les médecins examinateurs ont transmis leurs conclusions dans un délai de 45 jours dans une proportion de 52,6 % (103); 44,4 % (87) des conclusions ont été transmises entre le 46e et le 180e jour, et 3 % (6) après 181 jours.

TABLEAU 10
Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon le délai de traitement (en jours) en 2012-2013

DÉLAI DE TRAITEMENT	COMMISSAIRES LOCAUX		MÉDECINS EXAMINATEURS	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
3 jours et moins	234	18,6 %	10	5,1 %
4 à 15 jours	353	28,0 %	18	9,2 %
16 à 30 jours	242	19,2 %	38	19,4 %
31 à 45 jours	321	25,5 %	37	18,9 %
SOUS-TOTAL	1 150	91,3 %	103	52,6 %
46 à 60 jours	47	3,7 %	28	14,3 %
61 à 90 jours	45	3,6 %	28	14,3 %
91 à 180 jours	13	1,1 %	31	15,8 %
181 jours et plus	4	0,3 %	6	3 %
SOUS-TOTAL	109	8,7 %	93	47,4 %
TOTAL	1 259	100 %	196	100 %

1.1.6 PLAINTES SOUMISES EN DEUXIÈME INSTANCE

Les dispositions prévues au régime d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité permettent aux citoyens de porter leur plainte en deuxième instance auprès du Protecteur du citoyen pour une plainte adressée au commissaire local, et au comité de révision de l'établissement, pour une plainte analysée par le médecin examinateur.

En 2012-2013, 55 plaintes ont été transférées en deuxième instance, ce qui représente une réduction importante, comparativement à l'année précédente (80), mais une augmentation par rapport aux 40 plaintes de 2010-2011.

1.1.6.1 PROTECTEUR DU CITOYEN

L'auteur d'une plainte peut transférer sa plainte au Protecteur du citoyen lorsque le commissaire local de l'établissement n'a pas transmis ses conclusions dans le délai de 45 jours alloués pour la traiter ou lorsqu'il est en désaccord avec les conclusions ou les recommandations du commissaire.

En 2012-2013, 35 plaintes traitées par les commissaires locaux ont été transférées au Protecteur du citoyen, comparativement à 57 l'année précédente, à 32 en 2010-2011, à 27 en 2009-2010 et à 25 en 2008-2009.

Les 35 plaintes acheminées au Protecteur du citoyen cumulaient 48 motifs d'insatisfaction (tableau 11), soit 3 % de l'ensemble des motifs (1 655) des plaintes conclues par les commissaires. Cette proportion était de 4 % l'année précédente, de 3 % en 2010-2011 et de 2 % en 2009-2010 et 2008-2009.

Les motifs de plaintes transférées au Protecteur du citoyen se répartissent dans l'ensemble des catégories. Toutes proportions gardées, ce sont les motifs liés aux aspects financiers qui engendrent une plus grande proportion (10 %) des plaintes transférées au Protecteur du citoyen (tableau 11).

TABLEAU 11

Nombre de motifs transmis en deuxième instance et pourcentage de ces motifs sur le nombre total de motifs des plaintes conclues en 2012-2013, selon les catégories de motifs et l'instance

CATÉGORIES DE MOTIFS	PROTECTEUR DU CITOYEN		COMITÉ DE RÉVISION		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Relations interpersonnelles	11	3 %	11	14 %	**22**	**5 %**
Soins et services offerts	14	3 %	10	8 %	**24**	**4 %**
Accessibilité et continuité	7	2 %	2	13 %	**9**	**2 %**
Organisation milieu et matériel	2	1 %	1	20 %	**3**	**1 %**
Aspects financiers	10	10 %	0	0 %	**10**	**10 %**
Droits particuliers	4	3 %	3	11 %	**7**	**4 %**
TOTAL DEUXIÈME INSTANCE	**48**	**3 %**	**27**	**11 %**	**75**	**4 %**
TOTAL DES MOTIFS DE PLAINTES	1 655	100 %	247	100 %	**1 902**	**100 %**

1.1.6.2 COMITÉ DE RÉVISION DE L'ÉTABLISSEMENT

Si la conclusion du médecin examinateur n'est pas satisfaisante pour l'auteur de la plainte, ce dernier a 60 jours pour soumettre sa plainte au comité de révision désigné par le conseil d'administration de l'établissement. Le comité de révision doit rendre une décision motivée et finale dans un délai de 60 jours.

En 2012-2013, 22 plaintes d'usagers ou de leurs représentants ont été traitées par le comité de révision des établissements de la région. De ce nombre, 21 ont été reçues durant l'année 2012-2013 et 1 était en cours de traitement au 1er avril 2012. Des 22 plaintes traitées en 2012-2013, 19 ont été conclues et 3 étaient en cours de traitement au 31 mars 2013 (tableau 12).

TABLEAU 12

Nombre de plaintes traitées par les comités de révision, selon le statut et l'année

ANNÉE	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE	REÇUES DURANT L'EXERCICE	TOTAL À TRAITER	CONCLUES DURANT L'EXERCICE	EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE
2012-2013	1	21	22	19	3
2011-2012	1	23	24	22	2
2010-2011	7	8	15	14	1

Parmi les plaintes conclues (19) par le comité de révision des établissements en 2012-2013, 18 d'entre elles concernaient la mission des CHSGS et une seule la mission des CHSP. Ces plaintes provenaient majoritairement (84 %) des usagers, suivis par celles provenant des tiers (16 %).

Des 247 motifs de plaintes conclues par les médecins examinateurs, 27 ont été transférées pour analyse aux comités de révision (tableau 11), ce qui représente une proportion de 11 %, comparativement à 15 % l'année précédente, à 8 % en 2010-2011, à 11 % en 2009-2010 et à 14 % en 2008-2009.

Les motifs de plaintes transférées au comité de révision (27) se retrouvent dans l'ensemble des catégories, sauf celui lié aux aspects financiers (tableau 11). Toutes proportions gardées, ce sont les motifs liés à l'organisation du milieu qui engendrent une plus grande proportion (20 %) des plaintes transférées au comité de révision, suivis des relations interpersonnelles (14 %), de l'accessibilité et continuité des services (13 %) et du respect des droits (11 %).

Seulement trois motifs de plaintes n'ont pas été complètement traités par le comité de révision. Un motif a été refusé par le comité et deux ont été abandonnés en cours de traitement par l'usager.

Sur les 23 motifs dont le traitement a été complété par le comité de révision, un seul a fait l'objet d'une mesure corrective en lien avec le respect des droits. L'année précédente, cinq mesures avaient été formulées pour répondre à autant de motifs de plaintes.

On observe que 80 % des plaintes traitées par le comité de révision des établissements ont été conclues à l'intérieur des 60 jours prévus au régime d'examen des plaintes (tableau 13), comparativement à 41 % l'année précédente.

TABLEAU 13
Nombre et pourcentage de plaintes conclues par les comités de révision, selon le délai de traitement (en jours) et l'année

DÉLAI DE TRAITEMENT	2012-2013		2011-2012	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
60 jours et moins	15	80 %	9	41 %
61 à 90 jours	2	10 %	7	32 %
91 à 180 jours	2	10 %	4	18 %
181 jours et plus	0	0 %	2	9 %
TOTAL	**19**	**100 %**	**22**	**100 %**

1.2 INTERVENTIONS

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) prévoit, au paragraphe 7 de l'article 66, que le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services « intervient de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'une personne ou d'un groupe de personnes ne sont pas respectés ».

En 2012-2013, 399 interventions ont été traitées par les commissaires locaux à la suite du signalement d'un usager, de son représentant ou d'une tierce personne. De ce nombre, 366 interventions ont été déposées durant l'année 2012-2013 et 33 étaient en cours de traitement au 1er avril 2012. Des 399 interventions à traiter en 2012-2013, 368 ont été conclues et 31 étaient en cours de traitement au 31 mars 2013 (tableau 14).

TABLEAU 14
Nombre d'interventions traitées par les commissaires locaux, selon leur statut et l'année

ANNÉE	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE	EXAMINÉES DURANT L'EXERCICE	TOTAL À TRAITER	CONCLUES DURANT L'EXERCICE	EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE
2012-2013	33	366	399	368	31
2011-2012	17	294	311	278	33
2010-2011	14	275	289	270	19

Les 366 interventions examinées en 2012-2013 représentaient une augmentation de 24 %, soit 72 interventions de plus par rapport à l'année précédente (294). Depuis 2007-2008, on observe une importante augmentation du nombre d'interventions. Cette augmentation est sûrement attribuable à une meilleure connaissance du régime d'examen des plaintes de la part des usagers, de leurs représentants et de tierces personnes. Ils n'hésitent plus à signaler aux commissaires locaux des situations qu'ils jugent inacceptables de leur point de vue.

1.2.1 INTERVENTIONS CONCLUES

En 2012-2013, 368 interventions ont été conclues par les commissaires locaux, soit 32 % de plus que l'année précédente, où il y avait eu 278 interventions conclues.

Des 368 interventions conclues, 94 % faisaient suite au signalement d'un usager, d'un représentant de ce dernier ou d'une tierce personne. De leur propre initiative, les commissaires sont intervenus dans 6 % des situations, comparativement à 9 % lors des deux années précédentes.

Les 348 signalements faits aux commissaires locaux provenaient de 372 auteurs (tableau 15). Un signalement peut être fait par plus d'une personne. Ces auteurs sont principalement de tierces personnes (50 %), des usagers eux-mêmes (28 %) et des représentants des usagers (22 %). Cette année, on observe une plus grande proportion de représentants qui effectue un signalement, comparativement aux années antérieures.

TABLEAU 15
Nombre et pourcentage d'interventions conclues par les commissaires locaux, selon l'auteur et l'année

ANNÉE	USAGER		REPRÉSENTANT		TIERS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
2012-2013	104	28 %	81	22 %	187	50 %	**372**	**100 %**
2011-2012	85	30 %	35	13 %	161	57 %	**281**	**100 %**
2010-2011	44	16 %	54	20 %	173	64 %	**271**	**100 %**

Les 368 interventions conclues en 2012-2013 concernaient principalement les missions des CHSGS (39 %), des CLSC (20 %), des CHSLD (20 %) et du CHSP (11 %) (tableau 16). La proportion des interventions concernant les CHSLD (20 %) a été plus importante que celle

observée pour les plaintes conclues par les commissaires locaux (6 %) et par les médecins examinateurs (2 %) (tableau 16).

TABLEAU 16
Nombre d'interventions traitées par les commissaires locaux, selon l'établissement et le statut au 31 mars 2013

MISSION DES ÉTABLISSEMENTS	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE	EXAMINÉES DURANT L'EXERCICE		CONCLUES DURANT L'EXERCICE		EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE
	NOMBRE	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE
CLSC	8	73	20 %	75	20 %	6
CHSGS	15	142	39 %	143	39 %	14
CHSP	0	42	11 %	41	11 %	1
CHSLD	4	73	20 %	75	20 %	2
CPEJ	0	8	2 %	7	2 %	1
CRDI-TED	5	18	5 %	18	5 %	5
CRPAT	0	0	0 %	0	0 %	0
CRDP	1	10	3 %	9	3 %	2
TOTAL	**33**	**366**	**100 %**	**368**	**100 %**	**31**

1.2.2 MOTIFS DES INTERVENTIONS CONCLUES

Les 368 interventions conclues en 2012-2013 par les commissaires locaux cumulaient 435 motifs d'intervention (tableau 17), soit une moyenne de 1,1 motif par intervention, comparativement à 1,3 motif pour les plaintes conclues.

Les motifs d'intervention (435) se distribuaient dans l'ensemble des catégories de motifs de la façon suivante : soins et services offerts (29 %), organisation du milieu (22 %), relations interpersonnelles (22 %), accessibilité et continuité des services (12 %), respect des droits (12 %) et aspects financiers (3 %).

TABLEAU 17
Nombre et pourcentage de motifs pour les interventions conclues en 2012-2013, *selon le responsable et les catégories de traitement*

CATÉGORIES DE TRAITEMENT	MOTIFS TRAITÉS PAR LES COMMISSAIRES LOCAUX	
	NOMBRE	%
TRAITEMENT NON COMPLÉTÉ		
Rejeté sur examen sommaire	2	0,5 %
Refusé	1	0,2 %
Abandonné par l'usager	12	2,8 %
SOUS-TOTAL	**15**	**3,5 %**
TRAITEMENT COMPLÉTÉ		
Sans mesures correctives	213	49,0 %
Avec mesures correctives	207	47,5 %
SOUS-TOTAL	**420**	**96,5 %**
TOTAL	**435**	**100 %**

Comme l'illustre le tableau 17, seulement 3,5 % (15) des motifs d'intervention n'ont pas été complètement traités par les commissaires locaux. De plus, deux motifs ont été rejetés sur

examen sommaire par les commissaires, un motif a été refusé et 12 ont été abandonnés par l'usager durant leur analyse.

Sur l'ensemble des motifs d'intervention, 49 % (213) n'ont fait l'objet d'aucune mesure corrective, alors que 47,5 % (207) ont donné lieu à des mesures permettant de corriger le problème cerné (tableau 17). Dans certains cas, l'absence de mesures correctives s'explique par le fait que le problème à l'origine de la plainte a été résolu en cours de traitement ou parce que le motif de la plainte n'était pas valable.

1.2.3 MESURES CORRECTIVES PROPOSÉES

Pour les 207 motifs d'intervention ayant donné lieu à des mesures correctives, les commissaires locaux ont proposé, à l'intention des organisations concernées, 213 mesures correctives ou recommandations (tableau 18).

La majorité des mesures correctives proposées par les commissaires locaux, soit 55 %, étaient de portée globale, c'est-à-dire qu'elles visaient l'amélioration du service à la clientèle dans son ensemble, alors que 45 % des mesures visaient l'amélioration du service en répondant aux besoins particuliers de l'usager (tableau 18).

TABLEAU 18

Nombre et pourcentage de mesures correctives pour les interventions conclues en 2012-2013, selon le responsable et les catégories de mesures

CATÉGORIES DE MESURES CORRECTIVES	MESURES DES COMMISSAIRES LOCAUX	
	NOMBRE	%
PORTÉE INDIVIDUELLE		
Adaptation des soins et des services	31	15 %
Adaptation du milieu/environnement	12	6 %
Ajustements financiers	5	2 %
Conciliation/intercession/médiation	4	2 %
Information/sensibilisation intervenant	24	11 %
Obtention de services	8	4 %
Respect des droits	5	2 %
Respect du choix	2	1 %
Autres	3	2 %
SOUS-TOTAL	**94**	**45 %**
PORTÉE GLOBALE		
Adaptation des soins et des services	67	31 %
Adaptation du milieu/environnement	28	13 %
Adoption/révision règles et procédures	13	6 %
Communication/promotion	7	3 %
Formation\supervision	4	2 %
SOUS-TOTAL	**119**	**55 %**
TOTAL	**213**	**100 %**

Les mesures correctives à portée individuelle se concentraient dans 2 catégories : l'adaptation des soins et des services aux besoins particuliers des personnes (15 %) et la sensibilisation ou la formation des intervenants (11 %). Quant aux mesures correctives à portée globale, elles concernaient principalement l'adaptation des soins et des services pour une catégorie

d'usagers (31 %) et, dans une moindre proportion, l'adaptation du milieu (13 %) et l'adaptation des règles et des procédures (6 %).

Par ailleurs, les commissaires locaux ont soumis un motif d'intervention aux directions concernées des établissements afin qu'il soit examiné et, le cas échéant, que les mesures disciplinaires appropriées soient appliquées à l'employé concerné. Aucun motif n'a fait l'objet d'une telle référence l'année dernière.

1.3 DEMANDES D'ASSISTANCE ET DE CONSULTATION

Dans le cadre de leurs fonctions, les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services sont appelés à répondre à des demandes d'assistance et de consultation provenant de la population, des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ou d'autres partenaires externes.

Une demande d'assistance est une demande d'aide. Elle exige parfois des démarches de recherche, de suivi et souvent d'accompagnement de la part du commissaire.

En 2012-2013, un suivi a été donné à 1 065 demandes d'assistance par les commissaires locaux des établissements de la région, comparativement à 1 130 l'année précédente et à 1 174 en 2010-2011. La très grande majorité de ces demandes, soit 83 %, concernait l'aide pour obtenir des soins et des services et dans 17 % des cas, le demandeur souhaitait de l'aide pour formuler une plainte.

Une consultation est une demande d'information ou une demande d'avis sur un sujet concernant le régime d'examen des plaintes. Elle exige parfois des démarches de recherche et de suivi.

En 2012-2013, un suivi a été donné par les commissaires locaux à 285 demandes de consultation provenant, notamment, d'autres commissaires locaux, du commissaire régional, du Protecteur du citoyen et des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. Les commissaires locaux ont répondu à 254 demandes de consultation en 2011-2012 et à 276 demandes en 2010-2011.

1.4 AUTRES ACTIVITÉS DES COMMISSAIRES LOCAUX

En plus de traiter les plaintes et les interventions et de fournir de l'assistance, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services a comme fonction de collaborer au développement et à l'organisation des activités liées au régime d'examen des plaintes et aux droits des usagers.

En 2012-2013, 489 activités dites « autres activités du commissaire » ont été enregistrées dans le SIGPAQS, comparativement à 380 l'année précédente et à 480 en 2010-2011. Les activités des commissaires locaux visaient principalement l'amélioration du fonctionnement (42 %) et la promotion (35 %) du régime d'examen des plaintes (tableau 19).

TABLEAU 19
Nombre et pourcentage des autres activités des commissaires locaux, selon les catégories d'activités en 2012-2013

CATÉGORIES D'ACTIVITÉS	2012-2013	
	Nombre	%
Promotion et information	168	35 %
Communication au conseil d'administration	64	13 %
Participation au comité de vigilance et de la qualité	50	10 %
Collaboration au fonctionnement du régime d'examen des plaintes	207	42 %
TOTAL	**489**	**100 %**

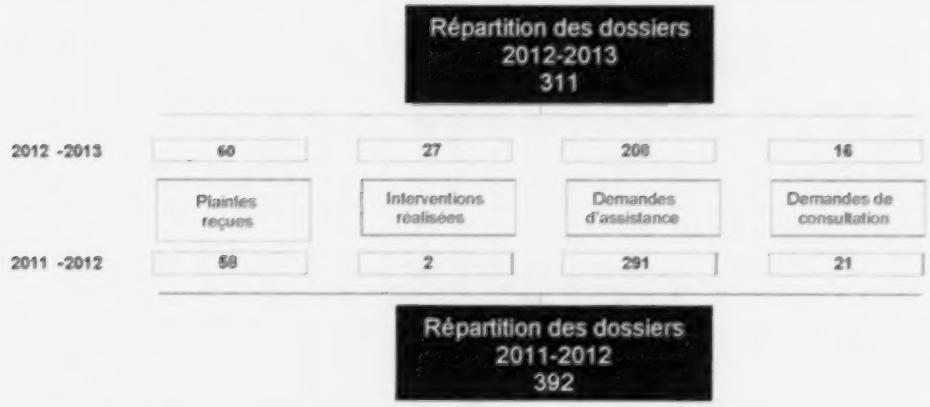
PARTIE II

COMMISSAIRE RÉGIONAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

INTRODUCTION

Dans le cadre de ses fonctions, le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services a ouvert 311 nouveaux dossiers dans le SIGPAQS en 2012-2013, comparativement à 392 en 2011-2012.

En 2012-2013, le commissaire régional a reçu 60 nouvelles plaintes formulées par les usagers ou par leurs représentants. Il est intervenu, assisté par le commissaire substitut, auprès de 27 organisations à la suite du signalement d'un usager, d'un citoyen ou d'un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux. En collaboration avec son adjointe administrative et le commissaire substitut, il a répondu à 208 demandes d'assistance d'usagers ou de citoyens. Il a également répondu à 16 demandes de consultation, provenant principalement des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services des établissements de la région.



2. 1 PLAINTES

En 2012-2013, 97 % du nombre total de plaintes (63) à traiter a été conclu (61) au cours de l'année. Ce pourcentage est supérieur aux années précédentes, comme le fait voir le tableau 20.

Les 60 plaintes reçues, en 2012-2013, représentent une légère augmentation comparativement à l'année précédente (58). Il s'agit d'une diminution de 8 % (- 5) par rapport aux 65 plaintes reçues en 2009-2010 et d'une augmentation de 42 % (+ 18) comparativement à 2008-2009.

TABLEAU 20
Nombre de plaintes traitées, selon l'année et le statut

ANNÉE	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE	REÇUES DURANT L'EXERCICE	TOTAL À TRAITER	CONCLUES DURANT L'EXERCICE	EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE	TRANSMISES AU PROTECTEUR DU CITOYEN
2012-2013	3	60	63	61	2	2
2011-2012	3	58	61	58	3	3
2010-2011	5	58	63	60	3	1
2009-2010	10	65	75	70	5	3
2008-2009	3	42	45	35	10	3

On dénombre 61 plaintes conclues en 2012-2013 (tableau 20). Il s'agit d'une augmentation de 5 % (+ 3) par rapport aux 58 plaintes reçues l'année précédente et d'une augmentation de 74 % (+ 26) comparativement aux 35 plaintes conclues en 2008-2009.

À la fin de l'exercice financier 2012-2013, les deux plaintes en cours d'examen concernaient l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (Agence) et une résidence privée pour aînés.

Des 61 plaintes conclues en 2012-2013, deux ont été soumises par le plaignant en deuxième instance au Protecteur du citoyen, ce qui représente une diminution (- 1) par rapport aux années précédentes, à l'exception de 2010-2011.

2.1.1 PLAINTES REÇUES

Les plaintes reçues en 2012-2013 concernaient principalement les résidences privées pour personnes âgées (53 %) et les services préhospitaliers d'urgence (22 %), suivis de l'Agence (12 %) et des organismes communautaires (10 %). Aucune plainte n'a été formulée à l'endroit des ressources d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique. Ce dernier domaine d'activité est sous la responsabilité du commissaire régional depuis le 1er juillet 2010 (tableau 21).

Depuis 2007-2008, les plaintes concernant les résidences pour personnes âgées arrivent au premier rang. Cinq fois sur six, le deuxième rang est occupé par le secteur préhospitalier d'urgence. Le nombre de plaintes à l'endroit de l'Agence et des organismes communautaires varie relativement peu depuis les trois dernières années.

TABLEAU 21
Nombre et pourcentage de plaintes reçues, selon l'organisation visée et l'année

ORGANISATION VISÉE	2012-2013		2011-2012		2010-2011	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Résidences privées pour personnes âgées	32	53 %	21	36 %	25	43 %
Organismes communautaires	6	10 %	11	19 %	8	14 %
Ressources en toxicomanie/jeu pathologique	0	0 %	1	2 %	2	3 %
Services préhospitaliers d'urgence	13	22 %	13	22 %	12	21 %
Agence de la Capitale-Nationale	7	12 %	10	17 %	11	19 %
Autres	2	3 %	2	4 %	0	0 %
TOTAL	60	100 %	58	100 %	58	100 %

2.1.2 PLAINTES CONCLUES

Les 61 plaintes conclues en 2012-2013 ont été formulées (tableau 22) principalement par les usagers des services (44 %), suivis de près de leur ayant cause ou représentant (43 %) et des tiers (13 %). Cette répartition est différente de celle observée l'année précédente, où l'on observait une plus forte proportion de plaintes formulées par les usagers (62 %).

La répartition des auteurs est grandement influencée par la catégorie d'organisations visées par la plainte. Ainsi, l'usager est généralement l'auteur de la plainte à l'endroit des organismes communautaires et des services préhospitaliers d'urgence, alors que le représentant est le plus

souvent celui qui en est l'auteur quand il s'agit d'une plainte visant les résidences privées pour personnes âgées et le Programme d'évaluation et de coordination des admissions en hébergement (PÉCA) de l'Agence.

TABLEAU 22
Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon l'auteur et l'année

ANNÉE	USAGERS		REPRÉSENTANTS		TIERS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
2012-2013	27	44 %	26	43 %	8	13 %	**61**	**100 %**
2011-2012	36	62 %	11	19 %	11	19 %	**58**	**100 %**
2010-2011	32	53 %	25	42 %	3	5 %	**60**	**100 %**
2009-2010	45	64 %	19	27 %	6	9 %	**70**	**100 %**
2008-2009	13	37 %	18	52 %	4	11 %	**35**	**100 %**

Les plaintes conclues concernaient (tableau 23) principalement les résidences privées pour personnes âgées (56 %) et les services préhospitaliers d'urgence (20 %), suivis des organismes communautaires (11 %) et de l'Agence (10 %).

Toutes proportions gardées, les résidences privées pour personnes âgées sont surreprésentées au regard des motifs de plaintes et des mesures correctives proposées, avec 56 % des plaintes conclues (tableau 23). En effet, les résidences cumulent 70 % des motifs de plaintes et représentent plus des trois quarts des mesures correctives proposées (78 %). La même tendance était observée lors des cinq dernières années.

TABLEAU 23
Nombre et pourcentage de plaintes conclues, de motifs de plainte et de mesures correctives proposées, selon l'organisation visée en 2012-2013

ORGANISATION VISÉE	PLAINTES CONCLUES		MOTIFS DE PLAINTE		MESURES CORRECTIVES	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Résidences privées pour personnes âgées	34	56 %	102	70 %	99	78 %
Organismes communautaires	7	11 %	11	8 %	10	8 %
Ressources en toxicomanie/jeu pathologique	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Services préhospitaliers d'urgence	12	20 %	24	17 %	13	10 %
Agence de la Capitale-Nationale	6	10 %	6	4 %	5	4 %
Autres	2	3 %	2	1 %	0	0 %
TOTAL	61	100 %	145	100 %	127	100 %

2.1.3 MOTIFS DES PLAINTES CONCLUES

Les 61 plaintes conclues en 2012-2013 cumulaient 145 motifs d'insatisfaction, comparativement à 108 l'année précédente et à 153 en 2010-2011 (tableau 24). Le rapport du nombre de motifs d'insatisfaction par plainte conclue est de 2,4. Depuis les dernières années, ce rapport a varié de 1,4 (2008-2009) à 2,6 (2010-2011).

Les motifs d'insatisfaction à l'origine des plaintes conclues (tableau 23) concernaient principalement les résidences privées pour personnes âgées (70 %), les services préhospitaliers d'urgence (17 %) et les organismes communautaires (8 %).

Les 145 motifs de plainte se concentraient, dans une proportion de 84 %, dans 3 catégories : les soins et les services offerts (37 %), l'organisation du milieu et du matériel (33 %) et les relations interpersonnelles (14 %). L'année 2012-2013 se distingue par une plus grande concentration des motifs de plainte et une tendance à l'augmentation, depuis 2010-2011, des plaintes relatives aux soins et aux services offerts aux usagers (tableau 24).

TABLEAU 24
Nombre et pourcentage de motifs* pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs et l'année

CATÉGORIES DE MOTIFS	2012-2013		2011-2012		2010-2011	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Relations interpersonnelles	21	14 %	17	16 %	26	17 %
Soins et services offerts	53	37 %	27	25 %	35	23 %
Accessibilité et continuité	9	6 %	12	11 %	18	12 %
Organisation milieu/matériel	47	33 %	31	29 %	60	39 %
Aspects financiers	3	2 %	14	13 %	5	3 %
Droits particuliers	12	8 %	7	6 %	9	6 %
Autres objets de plaintes	0	0 %	0	0 %	0	0 %
TOTAL	145	100 %	108	100 %	153	100 %
RAPPORT NOMBRE DE PLAINTES ET DE MOTIFS	2,4		1,9		2,6	

*Pour obtenir une présentation détaillée des motifs de plaintes, voir l'annexe V.

Les données du tableau 25 font ressortir la prédominance d'un motif de plainte à l'endroit de certains types d'organisations. Ainsi, l'usager porte plainte dans 43 % des cas à l'endroit des résidences privées pour aînés parce qu'il est principalement insatisfait de l'organisation du milieu de vie et des ressources matérielles. Lorsque les plaintes concernent les services préhospitaliers d'urgence, dans 62 % des cas, ce sont principalement les soins et les services reçus qui sont la source d'insatisfactions.

TABLEAU 25
Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs et l'organisation visée en 2012-2013

CATÉGORIES DE MOTIFS	RÉSIDENCES PERSONNES ÂGÉES		ORGANISMES COMMUNAUTAIRES		RESSOURCES EN TOXICOMANIE OU EN JEU PATHOLOGIQUE		SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE		AGENCE	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Relations interpersonnelles	14	14 %	3	27 %	0	0 %	4	17 %	0	0 %
Soins et services offerts	35	34 %	1	9 %	0	0 %	15	62 %	1	17 %
Accessibilité et continuité	3	3 %	2	18 %	0	0 %	1	4 %	2	33 %
Organisation milieu/matériel	44	43 %	2	18 %	0	0 %	1	4 %	0	0 %
Aspects financiers	0	0 %	0	0 %	0	0 %	3	13 %	3	50 %
Droits particuliers	6	6 %	3	27 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
TOTAL	102	100 %	11	100 %	0	100 %	24	100 %	6	100 %

Sur les 145 motifs de plainte, 88 % (128) ont fait l'objet d'un traitement complet par le commissaire régional (tableau 26), ce qui est identique à l'année précédente. Parmi les 128 motifs de plainte complètement traités, 53 % (68) ont donné lieu à des mesures correctives, comparativement à 44 % l'année précédente. Dans 60 cas, aucune mesure corrective n'a été instaurée parce que le problème à l'origine de la plainte a été résolu en cours de traitement ou parce que le résultat de l'examen a démontré que le motif n'était pas fondé.

Parmi ces 17 motifs dont le traitement n'a pas été complété, 9 ont été abandonnés par le plaignant. De plus, le traitement de 8 d'entre eux a été refusé par le commissaire régional parce qu'ils étaient hors de sa compétence.

TABLEAU 26
Nombre de motifs pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs et les catégories de traitement en 2012-2013

CATÉGORIES DE MOTIFS	TRAITEMENT NON TERMINÉ			TRAITEMENT TERMINÉ		TOTAL
	REJETÉ SUR EXAMEN SOMMAIRE	ABANDONNÉ PAR L'USAGER	REFUSÉ OU INTERROMPU	SANS MESURES CORRECTIVES	AVEC MESURES CORRECTIVES	
Relations interpersonnelles	0	1	2	6	12	**21**
Soins et services offerts	0	5	4	21	23	**53**
Accessibilité ou continuité	0	0	1	4	4	**9**
Organisation milieumatériel	0	3	0	20	24	**44**
Aspects financiers	0	0	0	3	0	**3**
Droits particuliers	0	0	1	6	5	**12**
Autres objets de plaintes	0	0	0	0	0	**0**
TOTAL	0	9	8	60	68	145
	17 (12 %)			128 (88 %)		

2.1.4 MESURES CORRECTIVES PROPOSÉES

Afin d'améliorer la qualité des services, 127 mesures correctives ont été proposées afin de répondre à 68 motifs d'insatisfaction formulés par les usagers ou par leur représentant (tableau 27).

La très grande majorité (66 %) des mesures correctives étaient de portée globale (84), c'est-à-dire qu'elles visaient l'amélioration du service à la clientèle dans son ensemble, alors que 34 % (43) visaient à résoudre un problème propre au plaignant (tableau 27). On constate une augmentation des mesures à portée individuelle, comparativement aux deux dernières années (20 % et 15 %).

Les mesures (tableau 27) à portée individuelle (43) visaient principalement à résoudre des problèmes (motifs) associés à l'organisation du milieu (16), aux relations interpersonnelles (10) et aux soins et aux services offerts (14). Les mesures recommandées pour corriger ces problèmes consistaient principalement à revoir les soins et les services offerts à la personne (35 %), à concilier les parties en présence (23 %), à s'assurer que les droits des usagers sont respectés (14 %) et à sensibiliser les intervenants à l'importance d'offrir des services de qualité (14 %).

Les mesures (tableau 27) à portée globale (84) avaient pour but d'améliorer principalement les soins et les services (39), l'organisation du milieu (29) et les relations interpersonnelles (8). Pour résoudre ces problèmes, les mesures recommandées visaient principalement à revoir les règles et les procédures tant administratives que cliniques (33 %), à mieux adapter le milieu aux besoins des usagers (27 %), à développer de meilleures stratégies de communication avec les usagers et leurs proches (16 %) et à former ou à superviser le personnel (10 %).

TABLEAU 27
Nombre de mesures correctives proposées pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs en 2012-2013

CATÉGORIES DE MESURES CORRECTIVES	CATÉGORIES DE MOTIFS						TOTAL	
	RELATIONS INTERPERSONNELLES	SOINS ET SERVICES	ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ	ORGANISATION DU MILIEU	ASPECTS FINANCIERS	DROITS PARTICULIERS		
PORTÉE INDIVIDUELLE : 34 % (43)								
MESURES	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	%
Adaptation soins/services	0	8	1	6	0	0	15	35 %
Adaptation du milieu	0	2	0	1	0	0	3	7 %
Conciliation et médiation	6	0	1	3	0	0	10	23 %
Sensibilisation intervenant	2	3	0	1	0	0	6	14 %
Obtention des services	0	0	0	3	0	0	3	7 %
Respect des droits/choix	2	1	0	2	0	1	6	14 %
Ajustements financiers	0	0	0	0	0	0	0	0 %
SOUS-TOTAL	10	14	2	16	0	1	43	100 %
PORTÉE GLOBALE : 66 % (84)								
MESURES	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	%
Adaptation soins/services	2	6	0	2	0	0	10	12 %
Adaptation milieu/matériel	0	5	0	18	0	0	23	27 %
Révision règles/procédures	2	19	1	4	0	2	28	33 %
Communication/promotion	4	1	2	5	0	1	13	16 %
Formation et supervision	0	7	0	0	0	1	8	10 %
Respect des droits	0	1	0	0	0	1	2	2 %
SOUS-TOTAL	8	39	3	29	0	5	84	100 %
TOTAL	18	53	5	45	0	6	127	

2.1.5 SUIVI DE L'APPLICATION DES MESURES CORRECTIVES

Les mesures correctives proposées pour améliorer la qualité des services offerts aux usagers se répartissent en deux catégories : les engagements pris par l'organisation visée lors de l'examen de la plainte et les recommandations formulées par le commissaire régional.

Parmi les 127 mesures correctives proposées par le contenu des lettres de conclusion adressées aux plaignants, on trouve 52 engagements (41 %) pris par les organisations visées et 75 recommandations formulées par le commissaire régional (59 %) afin de résoudre les problèmes dénoncés par les plaignants (tableau 28). Cette répartition représente une augmentation de la proportion des engagements par rapport aux données observées au cours des années précédentes, où l'on retrouvait 39 % des engagements en 2011-2012; 30 % en 2010-2011 et 33 % en 2009-2010.

TABLEAU 28
Nombre et pourcentage de mesures correctives mises en place à la suite de plaintes, selon la catégorie de mesures et le statut pour l'année 2012-2013

MESURES CORRECTIVES	IMPLANTÉES		EN COURS		REFUS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Engagements	48	92 %	4	8 %	0	0 %	52	100 %
Recommandations	67	89 %	5	7 %	3	4 %	75	100 %
TOTAL	**115**	**91 %**	**9**	**7 %**	**3**	**2%**	**127**	**100 %**

Globalement, 91 % (115) des mesures correctives proposées avaient été implantées et 7 % (9) étaient en cours d'implantation au 31 mars 2013. Ces dernières mesures concernent trois plaintes. Pour l'instant, rien ne laisse croire qu'elles ne seront pas implantées à leur échéance. Ces pourcentages relativement importants d'implantation illustrent l'excellente collaboration des organisations visées par le régime d'examen des plaintes. Seulement trois recommandations n'ont pu être implantées par une résidence privée pour aînés en raison du départ du plaignant.

2.1.6 DÉLAI DE TRAITEMENT DES PLAINTES CONCLUES

Le délai prévu par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour communiquer au plaignant les conclusions de l'examen de sa plainte a été fixé à 45 jours. Toutefois, certaines circonstances peuvent entraîner des délais supplémentaires. Selon le Règlement sur la procédure d'examen des plaintes de l'Agence, le commissaire régional est autorisé, dans un cas de délai supplémentaire, à conclure une entente avec le plaignant afin de prolonger le délai pour permettre une étude plus exhaustive de tous les éléments soumis. Le plaignant peut alors accepter ou refuser de prolonger le délai. Dans tous les cas, le retard ouvre la voie à un recours auprès du Protecteur du citoyen.

En 2012-2013, 91,8 % des plaintes (56) ont été traitées dans les 45 jours prévus par le régime d'examen des plaintes (voir le tableau 29), ce qui représente une légère baisse par rapport aux résultats de l'année précédente (94,8 %), mais une augmentation par rapport à 2010-2011 (79,9 %), à 2009-2010 (45 %) et à 2008-2009 (36 %). En ce qui concerne les cinq plaintes pour lesquelles le délai légal de traitement n'a pas été respecté, les plaignants ont tous accepté de prolonger la période d'examen.

TABLEAU 29

Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon le délai de traitement (en jours) et l'année

DÉLAI DE TRAITEMENT	2012-2013		2011-2012		2010-2011	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
3 jours et moins	8	13,11 %	2	3,45 %	2	3,33 %
4 à 15 jours	11	18,03 %	8	13,79 %	5	8,33 %
16 à 30 jours	16	26,23 %	26	44,83 %	11	18,33 %
31 à 45 jours	21	34,43 %	19	32,76 %	30	50 %
SOUS-TOTAL	56	91,80 %	55	94,83 %	48	79,99 %
46 à 60 jours	1	1,64 %	1	1,72 %	4	6,67 %
61 à 90 jours	1	1,64 %	2	3,45 %	5	8,33 %
91 à 180 jours	3	4,92 %	0	0,00 %	3	5 %
181 jours et plus	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0 %
SOUS-TOTAL	5	8,20 %	3	5,7 %	12	20 %
TOTAL	61	100 %	58	100 %	60	100 %

2.1.7 RECOURS AU PROTECTEUR DU CITOYEN

Comme il a été dit précédemment, le défaut de communiquer au plaignant les conclusions de l'examen de sa plainte dans un délai de 45 jours ouvre la voie au recours auprès du Protecteur du citoyen. En 2012-2013, aucun plaignant n'a choisi d'acheminer sa plainte au Protecteur du citoyen pour qu'elle y soit examinée en première instance, comme pour l'année précédente.

Les personnes qui sont en désaccord avec les conclusions ou avec les recommandations du commissaire régional à la suite de l'examen de leur plainte peuvent s'adresser au Protecteur du citoyen en deuxième instance.

Des 61 plaintes conclues, seulement deux ont été soumises par le plaignant en deuxième instance au Protecteur du citoyen. Ce nombre est inférieur à celui de l'année précédente (3), mais supérieur à celui de 2010-2011 (1).

Les deux plaintes transférées en deuxième instance concernaient le secteur des résidences privées pour personnes âgées et les responsabilités de l'Agence (programme d'évaluation et de coordination des admissions en CHSLD). Après analyse en deuxième instance, le Protecteur du citoyen est arrivé aux mêmes conclusions que le commissaire régional pour une plainte et a formulé une recommandation à l'Agence similaire à celle du commissaire. Les conclusions du Protecteur du citoyen sont à venir pour la deuxième plainte visant le secteur des résidences privées pour personnes âgées.

2.2 SIGNALEMENTS ET INTERVENTIONS

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) prévoit, au paragraphe 7 de l'article 66, que le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services « intervient de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'une personne ou d'un groupe de personnes ne sont pas respectés ».

On recense 59 signalements auprès du commissaire en 2012-2013, c'est-à-dire que des usagers, leur représentant ou de tierces personnes (ex. : citoyen, employé) lui ont signalé une situation jugée inacceptable. Le nombre de signalements reçus cette année représente une légère diminution (- 6) par rapport à l'année précédente (65).

Les 59 signalements ont tous été vérifiés soit par le commissaire régional, soit par son substitut. Après examen et validation des faits portés à sa connaissance, le commissaire régional ou son substitut a décidé d'intervenir auprès des organisations dans 28 situations, soit pour 47 % des signalements, comparativement à 34 % en 2011-2012.

Pour les 31 autres signalements, 3 étaient en analyse au 31 mars 2013, 6 ont fait l'objet d'une intervention de la part d'un CSSS, 5 ont fait l'objet d'abandon de la part du signalant, 2 ont fait l'objet d'un suivi de la part des responsables de la certification et 15 signalements ont été fermés parce qu'il n'y avait pas de motifs raisonnables de croire que les droits d'une personne ou d'un groupe de personnes n'étaient pas respectés.

2.2.1 INTERVENTIONS TRAITÉES

En 2012-2013, 28 interventions ont été conclues en cours d'année par le commissaire régional ou son substitut, comparativement à 23 pour l'année précédente (tableau 30).

TABLEAU 30
Nombre d'interventions traitées, selon leur statut et l'année

ANNÉE	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE	EXAMINÉES DURANT L'EXERCICE	TOTAL À TRAITER	CONCLUES DURANT L'EXERCICE	EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE
2012-2013	1	27	28	28	0
2011-2012	1	22	23	22	1
2010-2011	6	27	33	33	0
2009-2010	0	30	30	24	6

Près des deux tiers (61 %) des 28 interventions conclues en 2012-2013 reposaient sur des faits allégués par une tierce personne, soit un citoyen, un employé de l'organisation visée ou un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux (tableau 31). Une telle situation est différente à celle observée l'année précédente où 82 % des signalements provenaient d'une tierce personne.

Les interventions conclues (28) en 2012-2013 concernaient principalement les résidences privées pour personnes âgées (67 %). Ces dernières ont généré 67 % des motifs d'insatisfaction et, dans une proportion plus faible, 45 % des mesures correctives.

TABLEAU 31
Nombre et pourcentage d'interventions conclues, selon l'auteur et l'année

ANNÉE	USAGERS		REPRÉSENTANTS		TIERS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
2012-2013	9	32 %	2	7 %	17	61 %	**28**	**100%**
2011-2012	2	9 %	2	9 %	18	82 %	**22**	**100 %**
2010-2011	5	15 %	4	12 %	24	73 %	**33**	**100 %**
2009-2010	3	12,5 %	3	12,5 %	18	75 %	**24**	**100 %**

2.2.2 MOTIFS DES INTERVENTIONS CONCLUES

Les 28 interventions conclues, en 2012-2013, concernaient 52 motifs d'insatisfaction (tableau 32), ce qui représente 1,9 motif par intervention, comparativement à 2,5 motifs en 2011-201, 2,2 motifs en 2010-2011 et 1,4 motif en 2009-2010.

TABLEAU 32
Nombre et pourcentage d'interventions conclues, de motifs d'intervention et de mesures correctives, selon l'organisation visée en 2012-2013

ORGANISATIONS VISÉES	INTERVENTIONS CONCLUES		MOTIFS D'INTERVENTION		MESURES CORRECTIVES	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Résidences privées pour personnes âgées	19	67 %	35	67 %	13	45 %
Organismes communautaires	6	21 %	8	15 %	3	10 %
Ressources en toxicomanie ou en jeu pathologique	1	4	7	14 %	8	28 %
Services préhospitaliers d'urgence	1	4 %	1	2 %	0	0 %
Agence	1	4 %	1	2 %	5	17 %
TOTAL	**28**	**100 %**	**52**	**100 %**	**29**	**100 %**

TABLEAU 33
Nombre et pourcentage de motifs pour les interventions conclues, selon les catégories de motifs et l'année

CATÉGORIES DE MOTIFS*	2012-2013		2011-2012		2010-2011	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Relations interpersonnelles	9	17 %	11	19 %	11	17 %
Soins et services offerts	11	21 %	21	37 %	22	33 %
Accessibilité et continuité	3	6 %	2	3,5 %	2	3 %
Organisation du milieu/matériel	23	44 %	21	37 %	30	45 %
Aspects financiers	2	4 %	2	3,5 %	1	2 %
Droits particuliers	4	8 %	0	0 %	0	0 %
TOTAL	**52**	**100 %**	**57**	**100 %**	**66**	**100 %**

* Pour obtenir une présentation détaillée des motifs d'intervention, voir l'annexe V.

Les motifs d'intervention (tableau 33) se concentraient, dans une proportion de 82 %, dans 3 catégories : l'organisation du milieu et du matériel (44 %), les soins et les services offerts (21 %) et les relations interpersonnelles (17 %). Cette répartition reflète les motifs d'insatisfaction formulés à l'endroit des résidences privées pour personnes âgées.

Parmi les 52 motifs d'intervention, 38 % (20) ont donné lieu à des mesures correctives, comparativement à 51 % l'année précédente. Dans 32 cas, aucune mesure corrective n'a été mise en place parce que le problème à l'origine du signalement a été résolu en cours de traitement ou parce que le résultat de l'examen a démontré que le motif n'était pas valable.

Afin d'améliorer la qualité des services, 29 mesures correctives ont été proposées pour répondre aux motifs d'intervention; 14 % de ces mesures étaient à portée individuelle et 86 %, à portée globale (tableau 34).

TABLEAU 34
Nombre de mesures correctives pour les interventions conclues, selon les catégories de motifs en 2012-2013

CATÉGORIES DE MESURES CORRECTIVES	CATÉGORIES DE MOTIFS						TOTAL	
	RELATIONS INTERPERSONNELLES	SOINS ET SERVICES	ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ	ORGANISATION DU MILIEU ET MATÉRIEL	ASPECTS FINANCIERS	DROITS PARTICULIERS		
PORTÉE INDIVIDUELLE : 14 % (4)								
MESURES	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**%**
Adaptation soins/services	1	0	0	0	0	0	**1**	**25 %**
Conciliation/médiation	0	0	0	1	0	0	**1**	**25 %**
Information/sensibilisation	1	0	0	0	0	0	**1**	**25 %**
Respect des droits	1	0	0	0	0	0	**1**	**25 %**
SOUS-TOTAL	3	0	0	1	0	0	4	100 %
PORTÉE GLOBALE : 86 % (25)								
MESURES	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**%**
Adaptation soins/services	0	1	0	0	1	0	**2**	**8 %**
Adaptation milieu/matériel	0	0	0	5	0	0	**5**	**20 %**
Révision règlesprocédures	0	1	0	0	0	2	**3**	**12 %**
Communication et promotion	2	1	1	2	0	6	**12**	**48 %**
Formation et supervision	0	1	0	1	0	0	**2**	**8 %**
Respect des droits	0	0	0	0	0	1	**1**	**4 %**
SOUS-TOTAL	2	4	1	8	1	9	25	100 %
TOTAL	5	4	1	9	1	9	29	

Les mesures correctives à portée individuelle (4) ont permis principalement à résoudre des problèmes associés aux relations interpersonnelles (3). Quant aux mesures correctives à

portée globale (25), elles ont permis de résoudre des problèmes associés au respect des droits (9), à l'organisation du milieu (8) ainsi qu'aux soins et aux services offerts (4). Pour résoudre ces problèmes, les mesures recommandées visaient principalement à développer de meilleures stratégies de communication avec les usagers et leurs proches (48 %), à mieux adapter le milieu aux besoins des usagers (20 %) et à revoir les règles et les procédures tant administratives que cliniques (12 %).

2.2.3 SUIVI DE L'APPLICATION DES MESURES CORRECTIVES

Les mesures correctives proposées pour améliorer la qualité des services aux usagers se répartissent en deux catégories : les engagements pris par l'organisation visée lors de l'intervention et les recommandations formulées par le commissaire régional ou par son substitut.

Parmi les 29 mesures correctives proposées pour résoudre les problèmes signalés, on dénombre 9 engagements (31 %) pris par les organisations visées et 20 recommandations formulées par le commissaire régional (69 %) (tableau 35).

Globalement, 79 % (23) des mesures correctives proposées ont été implantées ou étaient en cours d'implantation au 31 mars 2013. La totalité (9) des engagements pris par les organisations visées a été respectée. En date du 31 mars 2013, 70 % (14) des recommandations du commissaire régional ou de son substitut ont été respectées. Rien ne laisse croire, pour l'instant, que les autres recommandations concernant une intervention ne seront pas implantées à leur échéance.

TABLEAU 35
Nombre et pourcentage de mesures correctives des interventions, selon la catégorie de mesures et le statut pour l'année 2012-2013

MESURES CORRECTIVES	IMPLANTÉES		EN COURS		REFUS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Engagements	9	100 %	0	0 %	0	0 %	**9**	**100 %**
Recommandations	14	70 %	6	30 %	0	0 %	**20**	**100 %**
TOTAL	**23**	**79 %**	**6**	**21 %**	**0**	**0 %**	**29**	**100 %**

2.2.4 DÉLAI DE TRAITEMENT DES INTERVENTIONS

La Loi sur les services de santé et les services sociaux ne prévoit pas, comme pour ce qui est des plaintes, de délai souhaitable pour conclure une intervention à la suite du signalement d'un usager, de son représentant ou d'une tierce personne.

En 2012-2013, 96 % des interventions (27) ont été conclues à l'intérieur d'un délai de 45 jours, comparativement à 68 % et à 58 % lors des années précédentes (tableau 36).

TABLEAU 36
Nombre et pourcentage d'interventions conclues, selon le délai de traitement (en jours) et l'année

DÉLAI DE TRAITEMENT	2012-2013		2011-2012		2010-2011	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
3 jours et moins	5	18 %	9	41 %	6	19 %
4 à 15 jours	13	46 %	2	9 %	5	15 %
16 à 30 jours	6	21 %	2	9 %	5	15 %
31 à 45 jours	3	11 %	2	9 %	3	9 %
SOUS-TOTAL	27	96 %	15	68 %	19	58 %
45 à 60 jours	0	0 %	5	23 %	1	3 %
61 à 90 jours	1	4 %	0	0 %	6	18 %
91 à 180 jours	0	0 %	2	9 %	2	6 %
181 jours et plus	0	0 %	0	0 %	5	15 %
SOUS-TOTAL	1	4 %	7	32 %	14	42 %
TOTAL	28	100 %	22	100 %	33	100 %

2.3 CONSTATS PAR ORGANISATION VISÉE : PLAINTES ET INTERVENTIONS

2.3.1 RÉSIDENCES PRIVÉES POUR PERSONNES ÂGÉES

En avril 2012, on dénombrait 166 résidences privées pour personnes âgées dans la région de la Capitale-Nationale. Ces résidences cumulaient 12 034 logements en location. Toutes les résidences offraient le service de repas, 86 % offraient de l'assistance personnelle (143), 93 % offraient de l'aide domestique (155) et 51 % des soins infirmiers (85).

En regroupant les données sur les plaintes et les interventions, on constate, de façon plus évidente, l'importance de l'application du régime d'examen des plaintes pour les personnes qui habitent dans les résidences privées pour personnes âgées (tableau 37).

TABLEAU 37
Nombre et pourcentage de plaintes et d'interventions conclues, de motifs d'insatisfaction et de mesures correctives proposées, selon l'organisation visée en 2012-2013

ORGANISATION VISÉE	PLAINTES ET INTERVENTIONS		MOTIFS D'INSATISFACTIONS		MESURES CORRECTIVES	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Résidences privées pour personnes âgées	53	59 %	137	70 %	112	72 %
Organismes communautaires	13	15 %	19	10 %	13	8 %
Ressources en toxicomanie/jeu pathologique	1	1 %	7	3 %	8	5 %
Services préhospitaliers d'urgence	13	15 %	25	13 %	13	8 %
Agence de la Capitale-Nationale	7	8 %	7	3 %	10	7 %
Autres	2	2 %	2	1 %	0	0 %
TOTAL	89	100 %	197	100 %	156	100 %

Toutes proportions gardées, les résidences privées pour personnes âgées, avec 59 % des plaintes et des signalements traités, sont surreprésentées au regard des motifs d'insatisfaction et des mesures correctives proposées. En effet, les résidences cumulent la plus grande

part (70 %) des motifs d'insatisfaction et sont visées par près des trois quarts des mesures correctives proposées (72 %).

Le tableau 38 démontre qu'une proportion très importante (46 %) des motifs d'insatisfaction dans les résidences concerne l'organisation du milieu de vie et les soins et services offerts (31 %), suivis des relations interpersonnelles (14 %).

L'analyse des plaintes et des interventions dans le secteur des résidences fait ressortir des problèmes récurrents au fil des ans. Soulignons la difficulté de recruter du personnel qualifié, une offre de services qui ne correspond pas aux besoins d'une partie de la clientèle et la méconnaissance de certaines conditions de santé, comme les problèmes cognitifs ou de santé mentale, ou encore les troubles du comportement. Le partenariat accru entre les résidences privées pour personnes âgées et les centres de santé et de services sociaux ainsi que la nouvelle règlementation des résidences privées pour personnes âgées constituent des mesures prometteuses pour résoudre les problèmes observés.

Généralement, les propriétaires des résidences privées rencontrés au cours du traitement des plaintes et des interventions ont fait preuve d'ouverture et de collaboration pour discuter des situations problématiques et tenter de trouver des solutions aux motifs d'insatisfaction.

TABLEAU 38
Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes et les interventions conclues, selon les catégories de motifs et l'organisation visée en 2012-2013

CATÉGORIES DE MOTIFS	RÉSIDENCES POUR PERSONNES ÂGÉES		ORGANISMES COMMUNAUTAIRES		RESSOURCES EN TOXICOMANIE OU EN JEU PATHOLOGIQUE		SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE		AGENCE	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Relations interpersonnelles	19	14 %	7	37 %	0	0 %	4	16 %	0	0 %
Soins et services offerts	43	31 %	1	5 %	3	43 %	15	60 %	1	14 %
Accessibilité et continuité	3	2 %	5	26 %	0	0 %	1	4 %	2	28 %
Organisation milieu/matériel	63	46 %	3	16 %	3	43 %	1	4 %	0	0 %
Aspects financiers	1	1 %	0	0 %	0	0 %	4	16 %	3	43 %
Droits particuliers	8	6 %	3	16 %	1	14 %	0	0 %	1	14 %
TOTAL	137	100 %	19	100 %	7	100 %	25	100 %	7	100 %

2.3.2 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

La région de la Capitale-Nationale compte au-delà de 250 organismes communautaires qui œuvrent en santé et services sociaux et qui répondent aux critères de l'article 3313 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux[2]. Les plaintes à l'égard des services offerts par

2 Article 3313 : « Dans la présente loi, on entend par "organisme communautaire" une personne morale constituée en vertu d'une loi du Québec à des fins non lucratives dont les affaires sont administrées par un conseil d'administration composé majoritairement d'utilisateurs des services de l'organisme ou de membres de la communauté qu'il dessert et dont les activités sont reliées aux domaines de la santé et des services sociaux. » (L.R.Q., chapitre S-4.2).

ces organismes sont de la compétence du commissaire régional des agences de la santé et des services sociaux de chaque région.

Les utilisateurs des services des organismes communautaires portent plainte ou font un signalement au commissaire régional principalement pour résoudre des problèmes liés aux relations interpersonnelles (37 %), à l'accessibilité aux services (26 %), aux droits particuliers (16 %) et à l'organisation du milieu (16 %) (tableau 38). L'examen des plaintes et des signalements a révélé que, très souvent, les organismes ne possèdent pas de procédure interne pour gérer les insatisfactions de leur clientèle. De plus, on observe souvent que les attentes des clients dépassent l'offre de services de l'organisme ou n'y correspondent pas.

En 2012-2013, 13 mesures correctives ont été implantées par les organismes communautaires. Dans tous les cas, les gestionnaires des organismes ont démontré une grande volonté de répondre aux besoins de leur clientèle et d'améliorer leurs services en fonction de leur mission et dans la mesure de leurs possibilités.

2.3.3 RESSOURCES D'HÉBERGEMENT EN TOXICOMANIE OU EN JEU PATHOLOGIQUE

Depuis le 1er juillet 2010, la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services s'applique aux ressources certifiées en toxicomanie ou en jeu pathologique offrant de l'hébergement. Les commissaires régionaux aux plaintes et à la qualité des services ont donc le mandat de traiter les plaintes et de recevoir des signalements dans ce secteur d'activité pour une troisième année.

Une seule intervention a été déposée au commissaire régional en 2012-2013, comme pour l'année précédente. Elle cumulait sept motifs d'insatisfaction en lien avec les soins et les services, l'organisation du milieu et le respect des droits (tableau 38). Cette intervention a entraîné huit recommandations de la part du commissaire régional. Toutes les recommandations ont été mises en application par l'organisme visé par l'intervention.

2.3.4 SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

En 2012-2013, on compte douze plaintes et une intervention à l'endroit des services préhospitaliers d'urgence, dont dix concernaient les services ambulanciers et trois le Centre de communication santé des Capitales.

Les 25 motifs de plainte conclue en 2012-2013 en lien avec les services préhospitaliers d'urgence appartenaient principalement à 3 catégories : les soins et services offerts (60 %), les relations interpersonnelles (16 %) et l'aspect financier (facturation) (16 %) (tableau 38). Les usagers sont principalement insatisfaits de l'évaluation et du jugement professionnel des techniciens ambulanciers et paramédicaux et des répondants médicaux d'urgence du Centre de communication santé des Capitales.

Au total, huit motifs de plainte ont fait l'objet de mesures correctives (13). Ces mesures visaient principalement à consolider les compétences professionnelles par différentes stratégies (sensibilisation, encadrement, formation).

Les 17 motifs d'insatisfaction pour lesquels aucune recommandation n'a été formulée témoignaient d'une méconnaissance de la part des plaignants des procédures et des normes entourant le transport ambulancier. Les lettres de conclusion expédiées à la fin de l'examen de la plainte ou de l'intervention visaient, notamment, à donner au plaignant les explications lui permettant d'avoir une meilleure compréhension des éléments qu'il avait portés à l'attention du commissaire régional.

Tant le Centre de communication santé des Capitales que les compagnies ambulancières visées par les plaintes et les signalements ont fait preuve d'ouverture et ont offert leur entière collaboration lors du traitement de chacun des dossiers.

2.3.5 AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE

Les motifs d'insatisfaction (7) au sujet de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (Agence) totalisent six plaintes et une intervention conclues par le commissaire régional.

Les six plaintes visaient le Programme d'évaluation et de coordination des admissions en hébergement (PÉCA). Quatre d'entre elles portaient sur les modalités d'admission en CHSLD. Leur examen a démontré que le personnel du PÉCA avait respecté les règles d'admission en CHSLD adoptées par l'Agence. Les deux autres plaintes concernaient le processus d'attribution de places en hébergement transitoire pour les usagers en attente dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS). Ces deux dernières plaintes ont été conclues à la satisfaction des usagers.

De façon générale, l'analyse des plaintes et des demandes d'assistance au sujet du PÉCA fait ressortir une méconnaissance, de la part des plaignants, des procédures et des normes entourant notamment l'hébergement de transition et l'hébergement en soins de longue durée. Les lettres de conclusion expédiées aux plaignants à la fin de l'examen de leur plainte visaient à leur fournir les explications nécessaires pour une meilleure compréhension des éléments qu'ils avaient portés à l'attention du commissaire régional. Le constat de la méconnaissance est décrit dans le rapport annuel de l'année précédente.

L'intervention réalisée par le commissaire régional, en collaboration avec les commissaires locaux des CSSS de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord, visait l'amélioration de l'information transmise aux personnes qui contactent un guichet d'accès pour les usagers sans médecin de famille.

2.4 DEMANDES D'ASSISTANCES ET DE CONSULTATIONS

Dans le cadre de ses fonctions, le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services est appelé à répondre à des demandes d'assistance et de consultation provenant de la population, des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services des établissements de la région ou à des demandes d'autres partenaires externes.

Il est souvent possible d'offrir une réponse rapide à ces demandes tout en anticipant ou en prévenant des plaintes liées, par exemple, aux droits ou encore aux normes de fonctionnement et d'accès à différents services.

2.4.1 DEMANDES D'ASSISTANCE

Une demande d'assistance est une demande d'aide. Elle exige parfois des démarches de recherche, de suivi et souvent d'accompagnement de la part du commissaire régional ou de son adjointe administrative. Les demandes d'assistance provenaient essentiellement des usagers, de leurs proches ou de la population en général.

En 2012-2013, un suivi a été donné à 208 demandes d'assistance, comparativement à 291 et à 232 au cours des années précédentes. Dans une proportion de 61 % (127), les demandeurs souhaitaient qu'on les aide à formuler une plainte et, dans une moindre mesure (39 %), qu'on leur facilite l'obtention d'un service (81). La réponse aux demandes d'assistance a été fournie principalement par l'adjointe administrative au commissaire régional, ensuite par le commissaire lui-même ou par son substitut.

Les 208 demandes d'assistance se divisent principalement en deux catégories : soins et services offerts (30 %) et accessibilité et continuité des services (19 %) (tableau 39). Depuis 2010-2011, on observe une augmentation progressive des motifs d'insatisfaction en lien avec les soins et les services.

TABLEAU 39
Nombre et pourcentage des motifs des demandes d'assistance, selon les catégories de motifs et l'année

CATÉGORIES DE MOTIFS	2012-2013		2011-2012		2010-2011	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Relations interpersonnelles	24	12 %	19	6 %	28	12 %
Soins et services offerts	62	30 %	82	28 %	44	19 %
Accessibilité et continuité	40	19 %	60	21 %	74	32 %
Organisation milieu/matériel	30	14 %	54	19 %	21	9 %
Aspects financiers	20	10 %	46	16 %	28	12 %
Droits particuliers	21	10 %	18	6 %	26	11 %
Autres objets de demande	11	5 %	12	4 %	11	5 %
TOTAL	**208**	**100 %**	**291**	**100 %**	**232**	**100 %**

Les actions entreprises pour répondre aux demandes d'assistance ont consisté principalement à orienter la personne vers le bon service (72 %) et à lui fournir de l'information générale (25 %) sur le fonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux ou sur le régime d'examen des plaintes (tableau 40). Un tel portrait de la situation est similaire à celui de l'année précédente.

TABLEAU 40
Nombre et pourcentage des actions entreprises à la suite des demandes d'assistance, selon les catégories de motifs et l'année

CATÉGORIES DE MOTIFS	2012-2013		2011-2012		2010-2011	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Information générale	52	25 %	56	19,3 %	38	16 %
Clarification	0	0 %	3	1 %	4	2 %
Intercession ou liaison	0	0 %	4	1,4 %	8	4 %
Obtention d'un soin ou service	0	0 %	0	0 %	2	1 %
Référence	150	72 %	225	77,3 %	177	76 %
Autres	6	3 %	3	1 %	3	1 %
TOTAL	208	100 %	291	100 %	232	100 %

2.4.2 DEMANDES DE CONSULTATION

Une consultation est la réponse à une demande d'information ou à une demande d'avis sur un sujet concernant le régime d'examen des plaintes. Elle exige parfois des démarches de recherche et de suivi.

En 2012-2013, un suivi a été donné à 16 demandes de consultation. Elles provenaient des commissaires locaux et de différents partenaires du régime d'examen des plaintes. Les demandes portaient principalement sur les droits des usagers, les modalités d'accès aux soins et services offerts et l'application du régime d'examen des plaintes.

2.5 AUTRES ACTIVITÉS DU COMMISSAIRE RÉGIONAL

En plus de traiter les plaintes et les signalements, de fournir de l'assistance et de répondre aux demandes de consultation, le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services doit :

- ✓ collaborer avec les autres commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services;
- ✓ collaborer avec le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes;
- ✓ soutenir le développement et le suivi régional du Système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS);
- ✓ collaborer au développement et à l'organisation des activités liées au régime d'examen des plaintes et aux droits des usagers, tant à l'échelle régionale que provinciale;
- ✓ produire un rapport annuel intégrant le bilan de ses activités ainsi qu'une synthèse des rapports annuels des commissaires locaux des établissements de la région et le présenter au conseil d'administration, pour approbation;
- ✓ assurer un suivi périodique, auprès du Comité de vigilance et de la qualité des services, des engagements des organisations visées et de ses recommandations, tant pour les plaintes que pour les signalements;

- ✓ assurer la promotion de l'indépendance de son rôle de commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services;
- ✓ assurer le développement de son expertise, notamment par la formation appropriée et par la mise à niveau de ses connaissances.

En 2012-2013, 27 activités dites « autres activités du commissaire » ont été enregistrées dans le SIGPAQS. Plus des trois quarts (82 %) étaient liées à l'amélioration du fonctionnement du régime d'examen des plaintes (tableau 41), ce qui est comparable à la proportion observée (76 %) l'année précédente.

Il s'agissait principalement d'activités de collaboration avec la Direction de la qualité du ministère de la Santé et des Services sociaux, le Protecteur du citoyen, les commissaires régionaux, le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes et les commissaires locaux de la région de la Capitale-Nationale. De plus, il a présidé les trois réunions de la Table de concertation des commissaires aux plaintes et à la qualité des services de la Capitale-Nationale, dont le mandat est de contribuer à l'amélioration de l'application du régime d'examen des plaintes. Il a également présidé le groupe de travail des commissaires de la Capitale-Nationale dont le mandat est d'élaborer des lignes directrices sur l'exercice de la fonction de commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

D'autres activités ont été accomplies dans le but d'implanter une procédure efficace de traitement des signalements et des interventions, y compris le suivi des engagements et des recommandations. Enfin, la participation à des activités de formation a servi à développer l'expertise requise pour exercer avec efficacité la fonction de commissaire régional.

TABLEAU 41
Nombre et pourcentage des activités du commissaire, selon les catégories d'activités et l'année

CATÉGORIES D'ACTIVITÉS	2012-2013		2011-2012	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Promotion ou information	0	0 %	2	8 %
Communication au conseil d'administration	2	7 %	2	8 %
Participation au Comité de vigilance et de la qualité des services	3	11 %	2	8 %
Collaboration au fonctionnement du régime d'examen des plaintes	22	82 %	18	76 %
TOTAL	27	100 %	24	100 %

ANNEXES

ANNEXE I

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	MISSION**
Centre d'hébergement du Boisé ltée *	▪ CHSLD privé conventionné
Centre d'hébergement Saint-Jean-Eudes inc.	▪ CHSLD privé conventionné
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec	▪ CRDI
Centre de réadaptation en dépendance de Québec	▪ CRPAT
Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord	▪ CHSGS ▪ CHSLD ▪ CLSC
Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix	▪ CHSGS ▪ CHSLD ▪ CLSC ▪ CRDI ▪ CRDP-MOT (CRDM)
Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale	▪ CHSGS ▪ CHSLD ▪ CLSC
Centre de santé et de services sociaux de Portneuf	▪ CHSGS ▪ CHSLD ▪ CLSC
Centre hospitalier Notre-Dame-du-Chemin inc.	▪ CHSLD privé conventionné
Centre hospitalier Saint-François inc.	▪ CHSLD privé conventionné
Centre hospitalier universitaire de Québec	▪ CHSGS
Centre jeunesse de Québec	▪ CJ
Centre d'hébergement et de soins longue durée Côté-Jardin inc.	▪ CHSLD privé non conventionné
Conseil de la Nation huronne-wendat *	▪ CHSLD privé non conventionné
Groupe Champlain inc. (Centre d'hébergement Champlain des Montagnes)	▪ CHSLD privé conventionné

ANNEXE I (suite)

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	MISSION **
Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's	• CHSGS • CHSLD
Hôpital Sainte-Monique inc.	• CHSLD privé conventionné
Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ)	• CRDP-AUD • CRDP-MOT • CRDP-VIS
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec	• CHSGS
Institut universitaire en santé mentale de Québec	• CHSP • CHSLD
Jardins du Haut-Saint-Laurent (1992) inc.	• CHSLD privé non conventionné
La Corporation Notre-Dame de Bon-Secours (La Champenoise)	• CHSLD privé conventionné
La Maison Legault inc.	• CHSLD privé non conventionné
La Maison Michel-Sarrazin	• CHSGS privé conventionné spécifique
Le Centre d'accueil Nazareth inc.	• CHSLD privé conventionné
CHSLD Domaine Saint-Dominique S.E.C.	• CHSLD privé non conventionné
CHSLD Neilson inc	• CHSLD privé non conventionné
Vigi Santé ltée (Centre d'hébergement et de soins de longue durée Vigi de Saint-Augustin) *	• CHSLD privé conventionné

* Aucune plainte formulée, intervention réalisée et assistance apportée.

** Voir annexe II pour connaître la signification des sigles et acronymes.

ANNEXE II

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

SIGLE	DÉFINITION
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSP	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CRDI	Centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique
CRPAT	Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres toxicomanes
CSSS	Centre de santé et de services sociaux

ANNEXE III

Description des catégories de motifs de plaintes et d'interventions

Catégories*	Objets de plaintes et de signalements	
Accessibilité et continuité	• Délai • Refus de services • Transfert • Absence de ressources • Accessibilité linguistique • Choix de l'établissement ou du professionnel	
Soins et services offerts	• Habiletés techniques et professionnelles • Évaluation, jugement professionnel • Traitement ou intervention • Continuité • Conduite routière	
Relations interpersonnelles	• Fiabilité • Respect de la personne • Respect de la vie privée • Empathie • Communication avec l'entourage (famille, proches, etc.)	• Violence et abus • Attitude • Disponibilité • Identification du personnel
Organisation et ressources matérielles	• Alimentation • Intimité • Mixité des clientèles • Organisation spatiale • Hygiène et salubrité • Confort et commodités • Relations avec la communauté	• Équipement et materiel • Stationnement • Règles et procédures de milieu de vie • Conditions de vie adaptées au caractère ethnoculturel et religieux • Sécurité et protection
Aspect financier	• Facturation • Frais d'hébergement • Frais de déplacement • Frais de transport ambulancier • Frais de médicaments • Frais de stationnement	• Besoins spéciaux • Aide matérielle et financière • Allocation des ressources financières • Réclamation • Sollicitation
Droits particuliers	• Information adéquate • Dossier de l'usager et dossier de plaintes • Participation de l'usager • Consentement aux soins	• Consentement à l'expérimentation • Droit à la représentation • Droit à l'assistance • Droit de porter plainte • Recours

* Comme définis par le Système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS).

ANNEXE IV

MOTIFS DÉTAILLÉS DES PLAINTES ET DES INTERVENTIONS – COMMISSAIRE LOCAL - MÉDECIN EXAMINATEUR ET COMITÉ DE RÉVISION

SIGPAQS

SECTION 1 - PLAINTES

Commissaire local

Tableau 1-E ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2012 - 2013

Période du 2012-04-01 au 2013-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Accessibilité												
Absence de service ou de ressource	0	0	0	0	0	0.00	1	5	6	1.74	6	0.36
Délais	3	2	2	0	7	53.85	81	181	262	76.16	269	16.24
Difficulté d'accès	3	0	0	0	3	23.08	13	24	37	10.76	40	2.42
Refus de services	2	0	0	1	3	23.08	16	20	36	10.47	39	2.36
Autre	0	0	0	0	0	0.00	2	1	3	0.87	3	0.18
Sous-total	8	2	2	1	13	100.00	113	231	344	100.00	357	21.56
Aspect financier												
Allocation de ressources matérielles et financières	0	0	0	0	0	0.00	2	6	8	7.92	8	0.48
Facturation	0	0	0	0	0	0.00	3	5	8	7.92	8	0.48
Frais de déplacement / transport	0	0	0	0	0	0.00	21	9	30	29.70	30	1.81
Frais d'hébergement / placement	1	0	0	0	1	50.00	27	17	44	43.56	45	2.72
Processus de réclamation	0	1	0	0	1	50.00	5	5	10	9.90	11	0.66
Autre	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	0.99	1	0.06
Sous-total	1	1	0	0	2	100.00	58	43	101	100.00	103	6.22
Droits particuliers												
Accès au dossier de l'usager et dossier de plainte	0	1	2	0	3	9.38	9	8	17	16.35	20	1.21
Assistance / accompagnement	2	0	0	0	2	6.25	0	3	3	2.88	5	0.30
Choix du professionnel	3	1	1	1	6	18.75	3	8	11	10.58	17	1.03
Choix de l'établissement	0	0	0	0	0	0.00	0	2	2	1.92	2	0.12
Consentement	0	0	0	0	0	0.00	1	3	4	3.85	4	0.24

Droit à l'information	7	3	0	1	11	34.38	18	17	35	33.65	46	2.78
Droit à un accommodement raisonnable	1	0	0	0	1	3.13	0	1	1	0.96	2	0.12
Droit de communiquer	0	0	0	0	0	0.00	0	3	3	2.88	3	0.18
Droit de porter plainte	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	0.96	1	0.06
Droit de recours	3	1	0	0	4	12.50	0	2	2	1.92	6	0.36
Droit linguistique	0	0	0	1	1	3.13	0	1	1	0.96	2	0.12
Participation de l'usager ou de son représentant	0	0	0	0	0	0.00	1	2	3	2.88	3	0.18
Représentation	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	1.92	2	0.12
Sécurité	0	0	0	0	0	0.00	13	1	14	13.46	14	0.85
Autre	0	0	3	1	4	12.50	2	3	5	4.81	9	0.54
Sous-total	16	6	6	4	32	100.00	49	55	104	100.00	136	8.21
Organisation du milieu et ressources matérielles												
Alimentation	0	0	0	0	0	0.00	6	10	16	8.56	16	0.97
Compatibilité des clientèles	1	0	0	0	1	8.33	8	5	13	6.95	14	0.85
Conditions d'intervention ou de séjour adaptées	0	0	0	0	0	0.00	2	0	2	1.07	2	0.12
Confort et commodité	1	1	0	3	5	41.67	16	21	37	19.79	42	2.54
Équipement et matériel	0	1	0	0	1	8.33	6	9	15	8.02	16	0.97
Hygiène / salubrité / désinfection	0	0	0	0	0	0.00	20	7	27	14.44	27	1.63
Organisation spatiale	0	0	0	1	1	8.33	10	8	18	9.63	19	1.15
Règles et procédures du milieu	0	0	0	1	1	8.33	9	14	23	12.30	24	1.45
Sécurité et protection	2	0	0	1	3	25.00	13	20	33	17.65	36	2.17
Autre	0	0	0	0	0	0.00	0	3	3	1.60	3	0.18
Sous-total	4	2	0	6	12	100.00	90	97	187	100.00	199	12.02
Relations interpersonnelles												
Abus	2	0	0	3	5	19.23	21	25	46	12.64	51	3.08
Communication / attitude	8	4	1	3	16	61.54	133	83	216	59.34	232	14.01
Discrimination-racisme	0	1	0	1	2	7.69	2	0	2	0.55	4	0.24
Fiabilité / disponibilité	0	0	0	0	0	0.00	7	4	11	3.02	11	0.66
Respect	1	0	0	2	3	11.54	58	29	87	23.90	90	5.43
Autre	0	0	0	0	0	0.00	2	0	2	0.55	2	0.12
Sous-total	11	5	1	9	26	100.00	223	141	364	100.00	390	23.55
Soins et services dispensés												
Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)	1	1	1	0	3	5.00	33	13	46	11.39	49	2.96
Continuité	5	0	0	2	7	11.67	57	61	118	29.21	125	7.55
Décision clinique	7	3	2	11	23	38.33	13	46	59	14.60	82	4.95

Organisation des soins et services (systémique)	0	0	1	1	2	3.33	15	7	22	5.45	24	1.45
Traitement / intervention / services (action faite)	13	2	2	8	25	41.67	83	73	156	38.61	181	10.93
Autre	0	0	0	0	0	0.00	1	2	3	0.74	3	0.18
Sous-total	26	6	6	22	60	100.00	202	202	404	100.00	464	28.02
Autre												
Sous-total	0	1	1	1	3	100.00	3	1	4	100.00	7	0.42
TOTAL	66	23	16	43	148	100.00	738	770	1508	100.00	1656	100.00

Le pourcentage est relatif au sous-total de la colonne.

Ce tableau inclut le nombre de motifs par niveau de traitement

Nom de l'instance : Toutes

Nom de l'établissement : 03- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE

Région : Capitale-Nationale

SIGPAQS

SECTION 1 - PLAINTES

Médecin examinateur

Tableau 1-E ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2012 - 2013

Période du 2012-04-01 au 2013-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Accessibilité												
Absence de service ou de ressource	1	0	0	0	1	50.00	0	0	0	0.00	1	0.40
Délais	0	0	0	0	0	0.00	4	5	9	64.29	9	3.64
Difficulté d'accès	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	7.14	1	0.40
Refus de services	0	1	0	0	1	50.00	1	2	3	21.43	4	1.62
Autre	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	7.14	1	0.40
Sous-total	1	1	0	0	2	100.00	7	7	14	100.00	16	6.48
Aspect financier												
Facturation	0	1	0	0	1	100.00	0	0	0	0.00	1	0.40
Frais de déplacement / transport	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	100.00	1	0.40
Sous-total	0	1	0	0	1	100.00	1	0	1	100.00	2	0.81
Droits particuliers												
Accès au dossier de l'usager et dossier de plainte	1	0	0	0	1	50.00	0	3	3	12.00	4	1.62
Assistance / accompagnement	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	4.00	1	0.40
Choix du professionnel	0	1	0	0	1	50.00	1	2	3	12.00	4	1.62
Choix de l'établissement	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	4.00	1	0.40
Consentement	0	0	0	0	0	0.00	3	4	7	28.00	7	2.83
Droit à l'information	0	0	0	0	0	0.00	2	2	4	16.00	4	1.62
Droit de porter plainte	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	4.00	1	0.40
Droit linguistique	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	4.00	1	0.40
Participation de l'usager ou de son représentant	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	8.00	2	0.81
Sécurité	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	8.00	2	0.81

Sous-total	1	1	0	0	2	100.00	8	17	25	100.00	27	10.93
Organisation du milieu et ressources matérielles												
Équipement et matériel	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	20.00	1	0.40
Règles et procédures du milieu	0	0	0	0	0	0.00	1	3	4	80.00	4	1.62
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	1	4	5	100.00	5	2.02
Relations interpersonnelles												
Abus	0	0	0	2	2	40.00	2	3	5	7.04	7	2.83
Communication / attitude	0	3	0	0	3	60.00	19	36	55	77.46	58	23.48
Fiabilité / disponibilité	0	0	0	0	0	0.00	0	4	4	5.63	4	1.62
Respect	0	0	0	0	0	0.00	3	3	6	8.45	6	2.43
Autre	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	1.41	1	0.40
Sous-total	0	3	0	2	5	100.00	24	47	71	100.00	76	30.77
Soins et services dispensés												
Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)	0	0	0	1	1	7.14	9	10	19	17.76	20	8.10
Continuité	0	0	2	0	2	14.29	9	12	21	19.63	23	9.31
Décision clinique	5	2	0	1	8	57.14	8	36	44	41.12	52	21.05
Organisation des soins et services (systémique)	0	0	0	0	0	0.00	3	0	3	2.80	3	1.21
Traitement / intervention / services (action faite)	1	1	1	0	3	21.43	5	15	20	18.69	23	9.31
Sous-total	6	3	3	2	14	100.00	34	73	107	100.00	121	48.99
Autre												
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	0	0	100.00	0	0.00
TOTAL	8	9	3	4	24	100.00	75	148	223	100.00	247	100.00

Le pourcentage est relatif au sous-total de la colonne.

Ce tableau inclut le nombre de motifs par niveau de traitement

Nom de l'instance : Toutes

Nom de l'établissement : 03- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE

Région : Capitale-Nationale

SIGPAQS

SECTION 1 - PLAINTES

Comité de révision

Tableau 1-E ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2012 - 2013

Période du 2012-04-01 au 2013-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Accessibilité												
Délais	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	100.00	1	3.85
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	1	1	100.00	1	3.85
Aspect financier												
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	0	0	100.00	0	0.00
Droits particuliers												
Choix du professionnel	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	33.33	1	3.85
Consentement	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	33.33	1	3.85
Droit à l'information	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	33.33	1	3.85
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	1	2	3	100.00	3	11.54
Organisation du milieu et ressources matérielles												
Règles et procédures du milieu	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	100.00	1	3.85
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	1	1	100.00	1	3.85
Relations interpersonnelles												
Communication / attitude	1	0	0	0	1	100.00	0	9	9	100.00	10	38.46
Sous-total	1	0	0	0	1	100.00	0	9	9	100.00	10	38.46
Soins et services dispensés												

Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	11.11	1	3.85
Continuité	0	0	1	0	1	50.00	0	1	1	11.11	2	7.69
Décision clinique	0	1	0	0	1	50.00	0	5	5	55.56	6	23.08
Organisation des soins et services (systémique)	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	11.11	1	3.85
Traitement / intervention / services (action faite)	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	11.11	1	3.85
Sous-total	0	1	1	0	2	100.00	0	9	9	100.00	11	42.31
Autre												
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	0	0	100.00	0	0.00
TOTAL	1	1	1	0	3	100.00	1	22	23	100.00	26	100.00

Le pourcentage est relatif au sous-total de la colonne.

Ce tableau inclut le nombre de motifs par niveau de traitement

Nom de l'instance : Toutes

Nom de l'établissement : 03- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE

Région : Capitale-Nationale

ANNEXE V

MOTIFS DÉTAILLÉS DES PLAINTES ET DES INTERVENTIONS – COMMISSAIRE RÉGIONAL

SIGPAQS

SECTION 1 - PLAINTES

Commissaire régional

Tableau 1-E ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2012 - 2013

Période du 2012-04-01 au 2013-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Accessibilité												
Absence de service ou de ressource	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	25.00	2	1.38
Délais	0	0	1	0	1	100.00	1	0	1	12.50	2	1.38
Difficulté d'accès	0	0	0	0	0	0.00	2	2	4	50.00	4	2.76
Refus de services	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	12.50	1	0.69
Sous-total	0	0	1	0	1	100.00	4	4	8	100.00	9	6.21
Aspect financier												
Frais de déplacement / transport	0	0	0	0	0	0.00	0	3	3	100.00	3	2.07
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	3	3	100.00	3	2.07
Droits particuliers												
Accès au dossier de l'usager et dossier de plainte	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	9.09	1	0.69
Choix de l'établissement	0	0	0	0	0	0.00	1	2	3	27.27	3	2.07
Consentement	0	0	0	0	0	0.00	1	2	3	27.27	3	2.07
Droit à l'information	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	18.18	2	1.38
Droit de recours	0	0	1	0	1	100.00	0	0	0	0.00	1	0.69
Participation de l'usager ou de son représentant	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	9.09	1	0.69
Autre	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	9.09	1	0.69
Sous-total	0	0	1	0	1	100.00	5	6	11	100.00	12	8.28
Organisation du milieu et ressources matérielles												

Alimentation	1	0	0	0	1	33.33	8	2	10	22.73	11	7.59
Compatibilité des clientèles	1	0	0	0	1	33.33	0	0	0	0.00	1	0.69
Conditions d'intervention ou de séjour adaptées	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	4.55	2	1.38
Confort et commodité	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	4.55	2	1.38
Hygiène / salubrité / désinfection	1	0	0	0	1	33.33	4	2	6	13.64	7	4.83
Organisation spatiale	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	2.27	1	0.69
Règles et procédures du milieu	0	0	0	0	0	0.00	4	9	13	29.55	13	8.97
Sécurité et protection	0	0	0	0	0	0.00	5	5	10	22.73	10	6.90
Sous-total	3	0	0	0	3	100.00	24	20	44	100.00	47	32.41
Relations interpersonnelles												
Abus	0	1	0	0	1	33.33	3	1	4	22.22	5	3.45
Communication / attitude	1	0	1	0	2	66.67	6	5	11	61.11	13	8.97
Discrimination-racisme	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	5.56	1	0.69
Respect	0	0	0	0	0	0.00	2	0	2	11.11	2	1.38
Sous-total	1	1	1	0	3	100.00	12	6	18	100.00	21	14.48
Soins et services dispensés												
Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)	2	1	0	0	3	33.33	7	7	14	31.82	17	11.72
Continuité	1	0	0	0	1	11.11	3	2	5	11.36	6	4.14
Décision clinique	0	1	1	0	2	22.22	6	7	13	29.55	15	10.34
Traitement / intervention / services (action faite)	2	1	0	0	3	33.33	7	5	12	27.27	15	10.34
Sous-total	5	3	1	0	9	100.00	23	21	44	100.00	53	36.55
Autre												
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	0	0	100.00	0	0.00
TOTAL	9	4	4	0	17	100.00	68	60	128	100.00	145	100.00

Le pourcentage est relatif au sous-total de la colonne.

Ce tableau inclut le nombre de motifs par niveau de traitement

Nom de l'instance : Toutes

Nom de l'établissement : 03- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE

Région : Capitale-Nationale

SIGPAQS

SECTION 2 - INTERVENTIONS

Commissaire régional

Tableau 2-F ÉTAT DES DOSSIERS D'INTERVENTION DONT LE TRAITEMENT A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2012 - 2013

Période du 2012-04-01 au 2013-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Accessibilité												
Refus de services	0	0	0	0	0	0.00	1	2	3	100.00	3	5.77
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	1	2	3	100.00	3	5.77
Aspect financier												
Frais de déplacement / transport	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	50.00	1	1.92
Legs et sollicitation	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	50.00	1	1.92
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	1	1	2	100.00	2	3.85
Droits particuliers												
Droit à l'information	0	0	0	0	0	0.00	2	1	3	75.00	3	5.77
Droit de communiquer	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	25.00	1	1.92
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	2	2	4	100.00	4	7.69
Organisation du milieu et ressources matérielles												
Alimentation	0	0	0	0	0	0.00	4	5	9	39.13	9	17.31
Confort et commodité	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	8.70	2	3.85
Hygiène / salubrité / désinfection	0	0	0	0	0	0.00	1	3	4	17.39	4	7.69
Organisation spatiale	0	0	0	0	0	0.00	1	2	3	13.04	3	5.77
Règles et procédures du milieu	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	4.35	1	1.92
Sécurité et protection	0	0	0	0	0	0.00	2	2	4	17.39	4	7.69
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	9	14	23	100.00	23	44.23

Relations interpersonnelles												
Abus	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	22.22	2	3.85
Communication / attitude	0	0	0	0	0	0.00	2	2	4	44.44	4	7.69
Discrimination-racisme	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	11.11	1	1.92
Respect	0	0	0	0	0	0.00	2	0	2	22.22	2	3.85
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	5	4	9	100.00	9	17.31
Soins et services dispensés												
Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)	0	0	0	0	0	0.00	0	2	2	18.18	2	3.85
Continuité	0	0	0	0	0	0.00	3	4	7	63.64	7	13.46
Décision clinique	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	9.09	1	1.92
Traitement / intervention / services (action faite)	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	9.09	1	1.92
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	4	7	11	100.00	11	21.15
Autre												
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	0	0	100.00	0	0.00
TOTAL	0	0	0	0	0	100.00	22	30	52	100.00	52	100.00

Le pourcentage est relatif au sous-total de la colonne.

Ce tableau inclut le nombre de motifs par niveau de traitement

Nom de l'instance : Toutes

Nom de l'établissement : 03- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE

Région : Capitale-Nationale

ANNEXE VI

TABLEAUX SYNTHÈSES - RAPPORT ANNUEL 2012-2013

Tableau synthèse 1

Commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services

Médecins examinateurs

Nombre de plaintes reçues

Responsables	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Commissaire local	1385	1443	1344	1270	-38,3	-74
Médecin examinateur	194	212	180	189	-1,7	9
Total	**1579**	**1655**	**1524**	**1459**	**-40,0**	**-65**

Nombre de plaintes reçues selon la mission

Mission	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
CHSGS	993	1078	864	821	-57,3	-43
CHSP	171	134	152	138	-11,0	-14
CLSC	195	206	319	277	27,3	-42
CHSLD	92	112	91	87	-1,7	-4
CPEJ	63	52	33	52	-3,7	19
CR	65	73	63	83	6,0	20
Total	**1579**	**1655**	**1522**	**1458**	**-40,3**	**-64**

Nombre de motifs des plaintes conclues

Motifs	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Relationnel	487	450	430	466	-7,0	36
Soins-services	673	648	677	585	-29,3	-92
Accessibilité	408	470	468	373	-11,7	-95
Organisationnelle	251	225	196	204	-15,7	8
Financier	80	95	101	104	8,0	3
Droit	128	130	105	163	11,7	58
Autres	5	5	12	7	0,7	-5
Total	**2032**	**2023**	**1989**	**1902**	**-43,3**	**-87**

Nombre de mesures correctives pour les plaintes conclues

Responsables	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Commissaire local	774	804	728	814	13,3	86
Médecin examinateur	79	68	64	80	0,3	16
Total	**853**	**872**	**792**	**894**	**13,7**	**102**

Pourcentage de plaintes conclues à l'intérieur de 45 jours

Responsables	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Commissaire local	85	86	86	91	2,0	5
Médecin examinateur	54	58	48	52	-0,7	4
Total	**81**	**83**	**82**	**86**	**1,7**	**4**

Nombre de recours en 2e instance pour les plaintes conclues

Responsables	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Protecteur du citoyen	27	32	57	35	2,7	-22
Comité de révision	25	8	23	20	-1,7	-3
Total	**52**	**40**	**80**	**55**	**1,0**	**-25**

Nombre d'interventions conclues par les commissaires locaux

Commissaires locaux	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Total	**245**	**270**	**277**	**368**	**41,0**	**91**

Nombre d'interventions conclues selon la mission

Missions	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
CHSGS	139	134	96	143	1,3	47
CHSP	15	24	54	41	8,7	-13
CLSC	33	33	56	75	14,0	19
CHSLD	34	56	49	75	13,7	26
CPEJ	3	8	5	7	1,3	2
CR	21	15	17	27	2,0	10
Total	**245**	**270**	**277**	**368**	**41,0**	**91**

Nombre de motifs pour les interventions conclues

Motifs	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Relationnel	48	69	64	96	16,0	32
Soins-services	74	77	87	126	17,3	39
Accessibilité	35	38	69	51	5,3	-18
Organisationnelle	48	68	53	95	15,7	42
Financier	15	12	10	13	-0,7	3
Droit	50	46	33	53	1,0	20
Autres	5	4	4	1	-1,3	-3
Total	**275**	**314**	**320**	**435**	**53,3**	**115**

Nombre de mesures correctives des interventions conclues

Mesures correctives	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Total	**161**	**158**	**184**	**213**	**17,3**	**29**

Nombre d'assistance de la part du commissaire local

Motifs	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Formulation plainte	206	234	186	179	-9,0	-7
Obtention d'un service	933	942	946	886	-15,7	-60
Total	**1139**	**1176**	**1132**	**1065**	**-24,7**	**-67**

Tableau synthèse 2
Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services

Nombre de plaintes reçues

Commissaire régional	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Total	**65**	**58**	**58**	**60**	**-1,7**	**2**

Nombre de plaintes reçues selon le secteur d'activités

Organisations ciblées	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Résidence pour aînés	22	25	21	32	3,3	11
Organismes communautaires	20	8	11	6	-4,7	-5
Hébergement toxicomanie	Hors mandat	2	1	0	-1,0	-1
Préhospitalier d'urgence	8	12	13	13	1,7	0
Agence Capitale-Nationale	8	11	10	7	-0,3	-3
Autre	7	0	2	2	-1,7	0
Total	**65**	**58**	**58**	**60**	**-1,7**	**2**

Nombre de motifs des plaintes conclues

Motifs	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Relationnel	24	26	17	21	-1,0	4
Soins-services	32	35	27	53	7,0	26
Accessibilité	14	18	12	9	-1,7	-3
Organisationnelle	41	60	31	47	2,0	16
Financier	5	5	14	3	-0,7	-11
Droit	8	9	7	12	1,3	5
Autres	1	0	0	0	-0,3	0
Total	**125**	**153**	**108**	**145**	**6,7**	**37**

Nombre de mesures correctives pour les plaintes conclues

Mesures correctives	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Total	**94**	**149**	**71**	**127**	**11,0**	**56**

Pourcentage de plaintes conclues à l'intérieur de 45 jours

Plaintes	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Total	**45**	**79**	**94**	**91**	**15,3**	**-3**

Nombre de recours en 2e instance pour les plaintes conclues

Responsables	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Protecteur du citoyen	3	1	3	2	-0,3	-1

Nombre d'interventions conclues par le commissaire régional

Interventions	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Total	**24**	**33**	**22**	**28**	**1,3**	**6**

Nombre d'interventions conclues selon le secteur d'activités

Organisations visées	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Résidence pour aînés	18	30	20	19	0,3	-1
Organismes communautaires	2	2	1	6	1,3	5
Hébergement toxicomanie	0	0	0	1	0,3	1
Préhospitalier d'urgence	4	1	0	1	-1,0	1
Agence Capitale-Nationale	0	0	1	1	0,3	0
Total	**24**	**33**	**22**	**28**	**1,3**	**6**

Nombre de motifs pour les interventions conclues

Motifs	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Relationnel	10	11	11	9	-0,3	-2
Soins-services	11	22	21	11	0,0	-10
Accessibilité	2	2	2	3	0,3	1
Organisationnelle	14	30	21	23	3,0	2
Financier	2	1	2	2	0,0	0
Droit	0	0	0	4	1,3	4
Total	**39**	**66**	**57**	**52**	**4,3**	**-5**

Nombre de mesures correctives des interventions conclues

Mesures correctives	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Total	**49**	**34**	**36**	**29**	**-6,7**	**-7**

Nombre d'assistances de la part du commissaire régional

Motifs	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Variation annuelle moyenne	Variation dernière année
Formulation plainte	9	102	196	127	39,3	-69
Obtention d'un service	141	130	95	81	-20,0	-14
Total	**150**	**232**	**291**	**208**	**19,3**	**-83**

ANNEXE VII

LISTE DES TABLEAUX

N°	Partie I - Titre des tableaux	Page
1.	Nombre de plaintes traitées, selon le statut, le responsable et l'année	18
2.	Nombre et pourcentage de plaintes reçues en 2012-2013, selon le responsable et la mission des établissements	18
3.	Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon le responsable et l'auteur	19
4.	Nombre de l'ensemble des plaintes conclues, selon l'année et la mission des établissements	19
5.	Nombre et pourcentage de plaintes conclues en 2012-2013, selon le responsable et la mission des établissements	20
6.	Nombre et pourcentage de motifs pour l'ensemble des plaintes conclues, selon la catégorie des motifs et l'année	20
7.	Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues en 2012-2013, selon le responsable et la catégorie de motifs	21
8	Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues en 2012-2013, selon le responsable et les catégories de traitement	22
9.	Nombre et pourcentage de mesures correctives pour les plaintes conclues en 2012-2013, selon le responsable et les catégories de mesures	23
10.	Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon le délai de traitement (en jours) en 2012-2013	25
11.	Nombre de motifs transmis en deuxième instance et pourcentage de ces motifs sur le nombre total de motifs des plaintes conclues en 2012-2013, selon les catégories de motifs et l'instance	26
12.	Nombre de plaintes traitées par les comités de révision, selon le statut et l'année	26
13.	Nombre et pourcentage de plaintes conclues par les comités de révision, selon le délai de traitement (en jours) et l'année	27
14.	Nombre d'interventions traitées par les commissaires locaux, selon leur statut et l'année	28
15.	Nombre et pourcentage d'interventions conclues par les commissaires locaux, selon l'auteur et l'année	28
16.	Nombre d'interventions traitées par les commissaires locaux, selon l'établissement et le statut au 31 mars 2013	29
17.	Nombre et pourcentage de motifs pour les interventions conclues en 2012-2013, selon le responsable et les catégories de traitement	29

ANNEXE VII (suite)

Liste des tableaux

N°	Partie I - Titre des tableaux (suite)	Page
18.	Nombre et pourcentage de mesures correctives pour les interventions conclues en 2012-2013, selon le responsable et les catégories de mesures	30
19.	Nombre et pourcentage des autres activités des commissaires locaux, selon les catégories d'activités en 2012-2013	32

N°	Partie II - Titre des tableaux	Page
20.	Nombre de plaintes traitées, selon l'année et le statut	36
21.	Nombre et pourcentage de plaintes reçues, selon l'organisation visée et l'année	36
22.	Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon l'auteur et l'année	37
23.	Nombre et pourcentage de plaintes conclues, de motifs de plainte et de mesures correctives proposées, selon l'organisation visée en 2012-2013	37
24.	Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs et l'année	38
25.	Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs et l'organisation visée en 2012-2013	38
26.	Ombre de motifs pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs et les catégories de traitement en 2012-2013	39
27.	Nombre de mesures correctives proposées pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs en 2012-2013	40
28.	Nombre et pourcentage de mesures correctives mises en place à la suite de plaintes, selon la catégorie de mesures et le statut pour l'année 2012-2013	41
29.	Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon le délai de traitement (en jours) et l'année	42
30.	Nombre d'interventions traitées, selon leur statut et l'année	43
31.	Nombre de mesures correctives proposées pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs en 2011-2012	44
32.	Nombre et pourcentage d'interventions conclues, de motifs d'intervention et de mesures correctives, selon l'organisation visée en 2012-2013	44
33.	Nombre et pourcentage de motifs pour les interventions conclues, selon les catégories de motifs et l'année	44
34	Nombre de mesures correctives pour les interventions conclues, selon les catégories de motifs en 2012-2013	45

ANNEXE VII (suite)

Liste des tableaux

N°	Partie II - Titre des tableaux (suite)	Page
35.	Nombre et pourcentage de mesures correctives des interventions, selon la catégorie de mesures et le statut pour l'année 2012-2013	46
36.	Nombre et pourcentage d'interventions conclues, selon le délai de traitement (en jours) et l'année	47
37.	Nombre et pourcentage de plaintes et d'interventions conclues, de motifs d'insatisfaction et de mesures correctives proposées, selon l'organisation visée en 2012-2013	47
38.	Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes et les interventions conclues, selon les catégories de motifs et l'organisation visée en 2012-2013	48
39.	Nombre et pourcentage des actions entreprises à la suite des demandes d'assistance, selon les catégories de motifs et l'année	51
40.	Nombre de mesures correctives pour les interventions conclues, selon les catégories de motifs en 2011-2012	52
41.	Nombre et pourcentage des activités du commissaire, selon les catégories d'activités et de l'année	53

Agence de la santé
et des services
sociaux de la Capitale-
Nationale

Québec